UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1923. — N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES OSTÉOPÉRIOSTITES SYPHILITIQUES DE L'ORBITE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Novembre 1923

PAR

Paul CAUVIÈRE

Né à Roquemaure (Gard) le 24 Mai 1895

INTERNE DES HOPITAUX

CROIX DE GUERRE

Membres du Jury :

MM. CANGE, Professeur de clinique ophtalmologique. — *Président.*
CABANES, chargé de Cours (Médecine opératoire).
COSTANTINI, Agrégé (Chirurgie). — *Juges.*
LOMBARD, Agrégé (Chirurgie).

ALGER
IMPRIMERIE MODERNE
2, BOULEVARD LAFERRIÈRE, 2
—
1923

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536515_0087

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1923. — N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES OSTÉOPÉRIOSTITES SYPHILITIQUES DE L'ORBITE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Novembre 1923

PAR

Paul CAUVIÈRE

Né à Roquemaure (Gard) le 24 Mai 1895

INTERNE DES HOPITAUX

CROIX DE GUERRE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Membres du Jury :

MM. CANGE, Professeur de clinique ophtalmologique. — *Président.*
CABANES, chargé de Cours (Médecine opératoire).
COSTANTINI, Agrégé (Chirurgie). — *Juges.*
LOMBARD, Agrégé (Chirurgie).

ALGER
IMPRIMERIE MODERNE
2, BOULEVARD LAFERRIÈRE, 2

1923

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. HÉRAIL (I. ✠).
Doyen honoraire	CURTILLET (O. ✲, I. ✠).
Assesseur	ARDIN-DELTEIL (✲, I. ✠).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✲, ⚚, I. ✠).
	LEBLANC (✲, ⚚, I. ✠).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✠).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✲, ❀, I. ✠).
Chimie minérale et organique	H. GUILLEMARD (✲, A. ✠).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (✲, I. ✠).
Clinique chirurgicale	VINCENT (✲, I. ✠).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✲, I. ✠).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge	ROUVIER (✲, I. ✠).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✲, I. ✠).
Clinique médicale infantile	GILLOT (I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (⚚, A. ✠).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (O. ✲, I. ✠, O. ❀).
Histologie	ARGAUD (✲, I. ✠).
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O. ✲, ⚚, I. ✠).
Médecine légale	GIRAUD (✲, ❀).
Matière médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ✠).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIE (✲, I. ✠).
Pharmacie	MUSSO (I. ✠).
Physiologie	TOURNADE (✲, ⚚, A. ✠).
Physique médicale	DUFOUR (✲, I. ✠).

PROFESSEUR HONORAIRE

M. MALOSSE, Théod. (I. ✠, ✵).

CHARGÉ DE COURS

Médecine opératoire ..... M. CABANES (✲, ⚚, O. I. ✠).

AGRÉGÉS

Accouchements	MM. LAFFONT.
Chirurgie	COSTANTINI (✲, ❀).
	LOMBARD (❀, A. ✠).
Médecine	AUBRY (✲, ❀).
	POROT.
Physiologie	N...
Histoire naturelle méd. et parasitologie	SENEVET (❀).
Pharmacie et matière médicale	N...
Chimie médicale	PORTES.

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie ..... M. FERRARI (❀, A. ✠).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette Thèse :

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

« Son exemple a toujours été et sera toujours pour nous le guide le plus sûr. »
Faible témoignage de ma reconnaissance et de ma grande affection.

A MA MÈRE

Que ce travail soit une modeste compensation de ce qu'elle a fait pour moi.
En témoignage de mon profond amour et de ma sincère reconnaissance.

A MON FRÈRE

Bien affectueusement.

A MES ONCLES

Qui m'ont guidé et aidé de leurs précieux conseils.
Bien faible témoignage pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A LA MÉMOIRE DE MES TANTES

Faible témoignage d'affection et d'éternelle reconnaissance.

A MA TANTE

Bien affectueusement.

A MADAME GAILLARD

A MADEMOISELLE COTTON

Témoignage de reconnaissance pour la grande affection qu'elles nous ont toujours portée.

A MON REGRETTÉ CAMARADE

Louis GAILLARD

Mort au champ d'Honneur.

En souvenir ému de notre grande affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Emile LAFONT

de Marseillan (Hérault).

Pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté
et pour toute la reconnaissance que
nous lui devons.
Témoignage de ma sincère amitié.

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CANGE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine d'Alger.

« *Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous fait le grand honneur d'en accepter la présidence.*

« *En gage de respectueuse reconnaissance pour la grande bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard et l'appui que nous avons toujours trouvé auprès de lui.* »

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CABANES

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chargé de cours (Médecine opératoire).

En toute reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTANTINI

Chevalier de la Légion d'Honneur

Agrégé (Chirurgie).

En toute gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOMBARD

Agrégé (Chirurgie).

En toute reconnaissance.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER
ET DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ARDIN-DELTEIL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine d'Alger.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de nous agréer comme interne dans son service.
Nous garderons toujours le souvenir de ses bonnes leçons.
Gage de notre profonde et sincère gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Jules ROUVIER

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de clinique obstétricale et de puériculture du premier âge à la Faculté de Médecine d'Alger.

Qui nous a fait le grand honneur de nous agréer comme interne dans son service.
Témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEMAIRE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin des Hôpitaux.

En gage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBRY

Chevalier de la Légion d'Honneur

Agrégé (Médecine).

Témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYNAUD

Professeur de clinique des maladies des pays chauds,
des maladies cutanées et vénériennes.

En gage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOINARD

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chirurgien des Hôpitaux.

Témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOGGI

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chirurgien des Hôpitaux.

Témoignage de reconnaissance.

HISTORIQUE

La connaissance de la localisation de l'infection syphilitique sur les parois osseuses de l'orbite, remonte au milieu du XVIII[e] siècle.

En 1749, Bœrhave écrivait dans son *Traité des Maladies des Yeux :*

« La cause prochaine de l'amaurosis est donc tout ce qui, sans blesser extérieurement le globe de l'œil, rend les instruments de la faculté de la vue incapables de voir ; or, cela peut provenir de la seule exostose de l'os sphénoïde dans la vérole ».

« La première cause de cette maladie, l'amaurosis ou goutte sereine, provient de la corruption du nerf. Nous en avons des exemples dans la vérole dans laquelle il arrive quelquefois que le périoste de la base même du crâne et le périoste de l'apophyse de l'os cunéiforme, à l'endroit où cet os forme une èspèce d'arcade par laquelle sort le nerf optique vient à suppuration ; vice qui, communiqué au nerf, le corrompt et cause un aveuglement incurable, d'où s'en suit la solution de ce problème : les vérolés éprouvent un obscurcissement de la vue, et deviennent aveugles lorsque le mal se jette particulièrement sur leur tête. C'est ce qui nous est confirmé par les observations anatomiques. En effet, la vérole nous a fourni un exemple d'amaurose provenue de la compression du nerf optique, en conséquence d'une exostose, parce que l'on s'aperçut que la petite lame de l'os cunéiforme était attaquée d'exostose, d'où s'en suivit la compression du nerf optique et conséquemment une goutte sereine, malgré que le cerveau et les nerfs ne fussent point endommagés. Ce mal est

incurable à moins que l'on ne voulût enlever cette exostose, ce qui se fait par la salivation ».

Wawkins observa plusieurs cas de carie syphilitique de l'orbite qu'il publia en 1827 dans le *Journal de Médecine et de Physique de Londres.*

Scarpa, dans son *Traité des principales maladies des yeux,* paru en 1821, et dans l'*Encyclopédie des Sciences Médicales de Bayle,* au chapitre consacré aux maladies des yeux, parle des amauroses incurables qui « dérivent de maladie vénérienne confirmée ». Il mentionne « les exostoses élevées sur les os qui forment les parois de l'orbite comme cause de l'exophtalmie ».

En 1836, Hamilton observe une malade atteinte d'ostéo-périostite syphilitique de l'orbite dont l'histoire détaillée se trouve rapportée dans la thèse de Demarquay.

En 1838, Ricord, dans son *Traité complet des Maladies Vénériennes,* signale la rareté de la syphilis de l'orbite. Il établi trois grandes variétés de cette affection : *a)* une forme d'ostéopériostite inflammatoire ; *b)* d'ostéopériostite gommeuse ; *c)* d'ostéopériostite plastique.

Les deux premières variétés ont été observées par lui dans l'orbite, et il en rapporte les observations.

Tyrrel, en 1840, décrit « la maladie scrofulo syphilitique de l'orbite ».

Il montre que « comme dans d'autres parties de même dans l'orbite, la maladie du périoste est accompagnée d'une douleur s'exagérant le soir ou la nuit ».

En 1855, Le Noir résume tous les travaux antérieurs parus sur la question dans un article de la *Gazette Hebdomadaire.*

Mackensie, dans son *Traité des Maladies de l'Œil,* et dans un travail paru dans la *Gazette des Hôpitaux de 1856,* fait une étude clinique assez complète de la

syphilis orbitaire. Il insiste, de même que Ricord l'avait signalé, sur la possibilité de voir la périostite aboutir à l'exostose.

En 1858, Carron du Villards rapporte succinctement dans les *Annales d'Oculistique de 1858*, deux observations d'exostoses des parois de l'orbite. Il conclut ainsi : « Presque toutes ont une origine syphilitique, quelques cas isolés sont la suite de lésions traumatiques ».

En 1860, le Professeur Demarquay résume dans son *Traité des Tumeurs de l'orbite*, toutes les connaissances de l'époque sur les lésions syphilitiques des parois de l'orbite. Pour lui, comme pour Ricord, la syphilis qui affecte si souvent les os de la face, n'atteint que très rarement les parois de l'orbite.

En 1871, Campana rapporte une observation d'ostéopériostite syphilitique de la paroi inférieure de l'orbite. Après ponctions de la tuméfaction gommeuse, et de quelques injections d'une solution de sublimé, tout rentra dans l'ordre.

En 1872, Spenser-Watsend publie un travail sur les périostites de l'orbite. Il distingue trois formes principales : *a*) une forme scrofuleuse qui donne de bonne heure des collections purulentes sous-périostées ; *b*) une forme syphilitique où se montre un épaississement considérable du périoste de l'os lui-même ; *c*) une forme cachectique où non seulement le périoste mais encore les tissus fibreux s'épaississent sans aucune tendance à la suppuration.

Vers la même époque, apparaissent de grands Traités tels que : *Dictionnaire de Dechambre — Traité de Chirurgie de Billroth — Dictionnaire de Jaccoud — Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus — Encyclopédie der Eulenbourg*, qui étudient la question sans apporter de plus grandes précisions.

De même Abadie, dans la 2e Edition de son *Traité des Maladies des Yeux*, n'est guère plus explicite.

Jullien, dans son *Traité des Maladies Vénériennes*, ne mentionne pas les caractères propres aux ostéo-périostite de l'orbite.

C'est à partir de 1882 que commencent à paraître les travaux les plus complets.

Bull s'efforce de démontrer que les lésions d'ostéo-périostites syphilitiques de l'orbite ne sont pas aussi rares que ce qu'on avait cru tout d'abord.

« Un bon nombre échappent aux observateurs, faute d'un examen assez complet, et aussi à cause de la bénignité des symptômes ». Il n'admet pas que ces lésions soient uniquement déterminées par la période tertiaire et, comme Ricord, il admet une forme aiguë et une forme chronique. La variété aiguë se rencontrerait surtout dans les cas de syphilis tertiaire précoce, les symptômes locaux et généraux seraient très marqués. La variété chronique aboutirait beaucoup plus souvent que la forme précédente à l'exostose, à des destructions osseuses étendues et à la cécité par inflammation ou compression du nerf optique.

Alexander, dans son travail sur les maladies des yeux, montre que les affections du squelette osseux étant parmi les manifestations les plus fréquentes de la syphilis, le squelette de l'orbite ne fait pas exception à la règle. C'est le premier auteur qui insiste sur l'importance qu'il y a à séparer la périostite des parois orbitaires de celle qui atteint seulement la marge de l'orbite. En effet, le diagnostic ne présente pas les mêmes difficultés, et le pronostic est tout différent suivant le siège initial de la lésion.

Galezowski étudie indirectement la question dans Amblyopies et amauroses syphilitiques.

Berger, en 1892, dans son *Traité des Maladies*

des Yeux, ébauche l'étude clinique des ostéopériostites du fond de l'orbite. Pour lui, la syphilis peut frapper les os de l'orbite au niveau de la fente sphénoïdale, créant ainsi de l'exophtalmie, des paralysies motrices, produisant du gonflement des paupières et occasionnant des douleurs violentes à exacerbations nocturnes.

Après les travaux des auteurs anciens, qui se sont surtout occupés de l'atteinte des parois de l'orbite, après qu'Alexander eut attiré l'attention sur la localisation des lésions limitées aux rebords orbitaires, après que Berger eut tenté l'étude clinique des lésions du fond de la cavité orbitaire, Hermann, dans son *Traité de la Syphilis*, paru en 1888, se borne à dire que les ulcérations syphilitiques de la muqueuse du canal lacrymo-nasal, ainsi que la carie ou la nécrose des os qui l'entourent peuvent déterminer un rétrécissement cicatriciel du conduit et par là une dacryocystite.

Mais, bien avant ce dernier auteur, Bœrhave, en 1749, Saint-Yves, Gardane en 1770, Janin en 1771, Chélius, avaient cité les lésions osseuses, siégeant sur divers points du squelette des voies lacrymales comme pouvant interrompre le cours des larmes et dans certains cas donner lieu à la production d'une tumeur et d'une fistule lacrymale ensuite.

Dans les cas qui sont consignés dans leurs ouvrages les exostoses siégeaient soit sur l'apophyre montante du maxilaire supérieur, soit sur l'os unguis. Plus tard, les professeurs Richet, Gosselin, Galezowski ont rapporté d'autres observations de syphilis lacrymo-nasale.

Hoch Reol, étudiant les différentes causes de la périostite orbitaire, incrimine particulièrement la syphilis héréditaire. Il rapporte un cas d'ostéo-périostite du rebord orbitaire inférieur droit. Un traitement

par le mercure et l'iodure de potassium permit d'obtenir la guérison.

Max Knies écrit que le processus gommeux conduit à la carie et à la nécrose. La lésion gommeuse des parois donne les symptômes d'une tumeur. Si elle siège près du foramen ou de la fente orbitaire, il y a des troubles visuels plus ou moins accusés ; il y a anesthésie de la cornée, de la sclérotique et comme complication apparition d'une kératite neuro-paralytique. Pour cet auteur, les symptômes propres à l'origine syphilitique n'ont rien de bien caractéristique, le diagnostic repose sur les antécédents et sur les résultats que donne le traitement antisyphilitique.

Galezowski dit, dans son *Traité des Maladies des Yeux*, que les deux principales causes des périostites de l'orbite, sont la scrofule et la syphilis, mais il ne donne des deux maladies qu'une seule description.

Panas, dans son *Traité des Maladies des Yeux*, considère l'ostéopériostite comme dépendant d'état dyscrasiques particulièrement de la tuberculose et de la syphilis. Pour cet auteur, à peu d'exceptions près, les prétendues périostites et caries du pourtour orbitaire supérieur restent des inflammations du sinus frontal. Dans ces *Leçons de Clinique Ophtalmologique*, il rapporte une observation de gommes syphilitiques fistulisées des deux rebords orbitaires supérieurs.

Il en est autrement des caries et des fistules de l'os malaire relevant presque toujours de la tuberculose, de l'infection syphilitique produisant des exostoses et des périostoses et de la strume naso lacrymale.

Beaudonnet, en 1894, et Chaigneau, en 1909, dans leurs thèses inaugurales, font une revue générale de la question des ostéopériostites syphilitiques de l'orbite et apportent de nombreuses observations.

Rochon-Duvigneaud, dans un remarquable article paru en 1896 dans les Archives d'Ophtalmologie, étudie le syndrome des lésions, de la fente sphénoïdale et du canal optique d'origine syphilitique.

Le Professeur Rollet, dans l'*Encyclopédie Française d'Ophtalmologie*, résume les travaux antérieurs.

En 1919, Carlos Charlin publie dans les *Annales d'Oculistique* un travail sur la syphilis orbito-cranienne. L'auteur fait une étude complète de l'ostéopériostite du fond de l'orbite, il insiste sur le diagnostic étiologique et montre la part prépondérante de la syphilis.

ÉTIOLOGIE

Le tissu osseux est un des tissus de l'organisme qui réagit le plus précocement à l'infection syphilitique. Pour Spillmann, cette prédilection de la syphilis pour le tissu osseux a sa raison dans deux ordres de faits.

a) La nature de l'agent causal de la syphilis, qui paraît avoir une affinité particulière pour le tissu lymphoide ;

b) La présence du tissu lymphoïde au voisinage de la moelle sous-périostée.

C'est à toutes les périodes de la maladie que peuvent se produire ces atteintes ostéopériostées. Les auteurs anciens tel Alexander qui a réuni vingt-cinq observations personnelles, ne mentionnent pas d'une façon particulière la date d'apparition des lésions, mais c'est aux périodes secondo-tertiaire et tertiaire que les malades étudiés par Alexander furent atteints.

Pour Beaudonnet (Thèse de Paris 1894), il n'est pas possible de fixer une date uniforme pour leur apparition, mais il considère que les parois de l'orbite sont surtout atteintes par la syphilis tertiaire.

Dans le dernier travail paru sur la question, Chaigneau (Thèse de Paris 1909), montre d'après les observations nombreuses qu'il a pu recueillir, que c'est à toutes les périodes de l'infection syphilitique que peuvent se produire ces lésions, qu'il s'agisse de syphilis héréditaire ou acquise.

Pour Fuchs, la périostite syphilitique se rencontre de préférence chez les adultes et seulement par exception chez les enfants atteints de syphilis héréditaire. Néanmoins, lorsqu'on relit les nombreuses observations parues sur la question, on se rend compte que

c'est à toutes les époques de la vie, et à toutes les périodes de l'infection que ces lésions peuvent apparaître. Waltter et Pechin ont rapporté chacun une observation d'ostéopériostite syphilitique chez des enfants de 3 ans. Parker a observé un cas chez un enfant de 8 ans.

Haltenhoff a vu un enfant nouveau-né atteint d'exophtalmie congénitale due à une exostose orbitaire d'origine syphilitique.

Des observations ont également été rapportées, où les os ont été atteints à la période secondaire ou secondo-tertiaire, alors que les accidents cutanéo-muqueux existaient encore ou venaient à peine de disparaître, dans certains cas même, les localisations ostéopériostiques constituaient la première manifestation de la syphilis secondaire.

Le Professeur Gaucher, dans son ouvrage *Le Chancre et les Syphilides*, dit avoir observé dans son service de l'Hôpital Saint-Louis, une femme atteinte de gomme périostique de l'orbite, avant que son chancre fut cicatrisé ; ce chancre datait d'un mois seulement et la roséole fit son apparition en même temps que la gomme orbitaire.

Les localisations ostéopériostées de la syphilis peuvent également apparaître au cours des deuxième, troisième et quatrième mois qui suivent l'apparition du chancre infectant.

Cependant, dans la grande majorité des cas, c'est plusieurs années après l'infection que l'atteinte du système osseux est la plus fréquente.

Tous les auteurs, en particulier Jullien, Virchow, Cornil, ont mis en évidence la cause prédisposante jouée par le traumatisme dans la localisation et la marche de la périostite. Mais ce qui frappe à la lecture des nombreuses observations publiées, c'est l'absence d'une thérapeutique suffisamment énergique et

longtemps suivie, parfois c'est le manque absolu de traitement antérieur, soit que l'accident primaire ait passé inaperçu, soit qu'il n'ait pas été rapporté à sa juste cause. « La cause, la grande cause du tertiarisme, a dit le Professeur Fournier, c'est l'absence d'un traitement correctif opposé à la maladie dans ses étapes originelles ». (*Traité de la Syphilis*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions syphilitiques des parois de l'orbite ont peu été étudiées au point de vue histologique, mais ce que l'on sait de l'altération du système osseux par le virus syphilitique, permet de prévoir ce que l'on rencontrerait à un examen anatomo-pathologique.

Dans les travaux antérieurs consacrés à la question, on ne trouve nulle part une classification des lésions observées. Sur les conseils de notre maître, Monsieur le Professeur Cange, nous établirons la classification suivante :

a) *Ostéopériostites apexiennes.* — Les lésions siègent au sommet de l'orbite, au niveau du trou optique, de la fente sphénoïdale, ou intéressent les deux orifices à la fois.

b) *Ostéopériostites pariétales.* — Les lésions occupent l'une ou plusieurs des parois de la cavité orbitaire.

c) *Ostéopériostites marginales.* — Les lésions sont limitées aux rebords orbitaires supérieurs et inférieurs.

Dans cette dernière variété, sont comprises les lésions occupant l'angle interne de l'œil, que nous décrirons sous le nom de syphilis lacrymo-nasale. Il est évident que les lésions peuvent ne pas être strictement limitées à l'une des variétés ci-dessus, c'est ainsi que des lésions pariétales peuvent, par leur extension, venir atteindre les rebords orbitaires et réciproquement, de sorte que l'atteinte ostéopériostée devient pariéto-marginale.

Comme pour les lésions osseuses et périostiques des autres parties de l'organisme, nous en considèrerons deux variétés :

a) Des lésions inflammatoires de caractère banal.

b) Des lésions gommeuses de caractère spécifique.

a) *Lésions inflammatoires.*

La syphilis provoque une réaction de la moelle sous-périostée ou de la moelle centrale. Dans le premier cas, la lésion sera suivie d'une périostite ; dans le second, d'une ostéite, mais les lésions sont fréquemment combinées, il s'agit le plus souvent d'une ostéo-périostite.

La périostite syphilitique ne diffère pas de la périostite commune. Sous le périoste, entre sa couche fibreuse et l'os, il se fait une accumulation considérable de petites cellules rondes de lymphocytes et de plasmazellen. Le périoste lui-même est enflammé et montre la prolifération des cellules interposées entre ses fibres, le tissu conjonctif voisin présente également un peu d'œdème inflammatoire.

Mais la périostite pure est rare, la moelle contenue dans les canaux de Havers prend part aux processus inflammatoire : l'ostéopériostite est ainsi constituée, les canaux de Havers des couches superficielles de l'os sont élargis et remplis d'une moelle rouge embryonnaire. Si la lésion siège au niveau d'un des rebords orbitaires, la peau paraît normale et, tout au début, rien ne permet extérieurement de supposer l'existence d'une lésion sous-jacente.

Si un traitement spécifique bien dirigé est appliqué, les lésions se terminent par résolution, le tissu infiltré entre l'os et le périoste se résorbe. Quand la résolution des lésions ostéopériostées ne se produit pas, un autre processus de réparation intervient, l'os au fur et à mesure qu'il est détruit se répare.

« Quand ce processus de réparation, dit Mauriac, reste dans les limites convenables, la guérison est complète. Mais souvent il dépasse le but, il hypertro-

phie, il condense, il éburne la substance osseuse ; il la déforme et l'étouffe sous la surabondance des éléments réparateurs, si bien qu'il lui arrive parfois d'être aussi nuisible que la lésion elle-même.

C'est le mélange des lésions du processus destructeur et de celles du processus réparateur qui rend si complexes et souvent si indéchiffrables pour celui qui n'en a pas la clef, les altérations syphilitiques du système osseux ».

Ces faits nous expliquent la production des lésions ossifiantes d'une part (ostéite ossifiante),et des lésions érosives et raréfiante d'autre part.

Quand l'ostéopériostite a duré quelque temps, les cellules de la face profonde du périoste retournent à l'état embryonnaire et se comportent de la même façon qu'au moment de la phase d'activité de l'os. Ces cellules deviennent cubiques comme les ostéoblastes de la période d'ossification, s'entourent de tissu calcaire et forment un os nouveau sous le périoste au-devant de la diaphyse. Cet os néoformé, constitue les ostéophytes de la syphilis. Comme ils sont encore faiblement adhérents à la surface de l'os, ces ostéophytes se détachent avec le périoste et adhèrent à sa face interne lorsqu'on veut les séparer de l'os. Puis, peu à peu, deviennent plus compacts par addition de nouvelles couches de tissu osseux, se soudent à l'os primitif dont ils augmentent l'épaisseur et font une saillie anormale. On leur donne alors le nom de périostose ou d'exostose.

b) *Lésions gommeuses.*

Les lésions gommeuses sont les lésions osseuses véritablement caractéristiques de la syphilis. Nous avons au début, un foyer de périostite simple analogue à celle que nous avons signalée plus haut dans les lésions inflammatoires, elle n'en diffère histolo-

giquement que de ce qu'elle est intense et limitée. Le processus inflammatoire envahit en même temps l'os ; il y a donc, dès le début, une ostéopériostite.

La moelle sous-périostée et la moelle des canaux de Havers s'enflamme et prolifère ; les espaces médullaires s'agrandissent pendant que les travées osseuses se rapetissent. Les cellules centrales comprimées finissent par dégénérer, formant par place des ilôts de cellules atrophiées, séparés par une substance fondamentale d'aspect fibrillaire. La gomme osseuse est ainsi constituée. Les lamelles osseuses, creusées, érodées par la gomme, peuvent être perforées ; l'os passe ainsi à l'état de crible, rempli de substances gommeuses, le tout entouré de tissu osseux néoformé, d'ostéophyte.

ÉTUDE CLINIQUE

Les auteurs anciens qui se sont occupés de l'étude de la syphilis orbitaire, ont décrit pour les besoins de l'exposition deux formes cliniques.

Dans la forme aiguë, qui apparait d'emblée et qui semble se rencontrer surtout dans les périodes peu avancées de la syphilis acquise, les phénomènes généraux et locaux peuvent être très intenses. Le début est brusque, le malade est pris subitement de douleurs au niveau de l'œil et dans les régions où le mal a pu étendre ses ravages. Ces douleurs continues sont accrues par la pression sur le rebord orbitaire, même si les lésions siègent profondément, et elles présentent des paroxysmes à certains moments.

Il y a sensation de tension, d'élancement, surtout marqué quand une collection purulente est en voie de formation. Les paupières sont plus ou moins rouges et il y a de l'œdème des parties voisines. Les signes généraux sont représentés par de la fièvre, de l'anorexie, une soif ardente.

Dans la deuxième forme, tous les symptômes énumérés ci-dessus sont atténués, la douleur reste vive, rappelant la céphalée syphilitique. Mais les signes cliniques diffèrent suivant la localisation des lésions.

Nous étudierons successivement: *a*) l'ostéopériostite apexienne ; *b*) l'ostéopériostite pariétale ; *c*) l'ostéopériostite marginale avec la variété lacrymo-nasale.

a) **Ostéopériostite apexienne**

La syphilis orbitaire profonde qui se dérobe à l'examen direct, offre des difficultés de diagnostic et comporte un pronostic grave. Ses relations intimes avec le globe de l'œil, avec le nerf optique, avec les nerfs

moteurs et sensitifs mettent en cause la fonction visuelle, ses relations avec les méninges et le cerveau menacent la vie du malade.

Avant d'aborder la symptomatologie, nous rappellerons brièvement l'anatomie clinique de l'orbite.

La cavité orbitaire affecte la forme d'une pyramide osseuse, contenant le globe oculaire, le nerf optique, les muscles de l'œil avec leurs nerfs moteurs, les nerfs sensitifs, les vaisseaux et la glande lacrymale.

Au sommet de l'orbite se trouvent des orifices, voies de communication entre les deux cavités orbitaire et cranienne.

Par le canal optique, passent le nerf optique et l'artère ophtalmique. Par la fente sphénoïdale passent :

a) Tous les nerfs moteurs de l'œil, soit : la III^{e} paire, moteur oculaire commun ; la IV^{e} paire, pathétique ; la VI^{e} paire, moteur oculaire externe.

b) Le nerf sensitif orbitaire : l'ophtalmique première blanche du trijumeau.

c) Les veines ophtalmiques qui drainent la plus grande partie du sang veineux orbitaire jusqu'au sinus caverneux.

L'ostéopériostite syphilitique développée au sommet de l'orbite, doit nécessairement léser un ou plusieurs éléments du pédicule vasculo-nerveux et se traduire, dès le début, par des symptômes importants.

Les lésions de l'extrême pointe, peuvent intéresser l'un des deux orifices ou les atteindre tous les deux à la fois. Ainsi se trouvent constituées : l'ostéopériostite du canal optique ; *b*) l'ostéopériostite des os qui forment la fente sphénoïdale ; *c*) les lésions combinées du canal optique et de la fente sphénoïdale.

Comme dans tous processus syphilitique, on peut observer des lésions inflammatoires, des lésions gommeuses, ou l'exostose à marche chronique.

1) *Ostéopériostite du canal optique.*

Les lésions limitées au canal optique se traduisent uniquement par des signes cliniques qui témoignent de l'atteinte du nerf optique.

Le premier symptôme, celui qui conduit le malade à venir consulter est la baisse de la vision, associée à des céphalées. L'examen montre que le globe oculaire occupe sa place normale, ou bien l'on note un léger degré d'exophtalmie, comme dans l'observation de Charlin, que nous rapportons plus loin. Il n'existe aucun trouble circulatoire, et signe important qui témoigne de l'intégrité de la fente sphénoïdale, il n'existe aucun trouble de la motilité oculaire. La sensibilité de l'œil, de l'orbite, de la région périorbitaire est normale, mais la pression sur le globe réveille une douleur profonde. La pupille du côté malade est normale ou en mydriase, parfois irrégulière, le réflexe pupillaire lumineux est diminué dans la période de début, aboli par la suite par interruption du réflexe au niveau de l'arc centripète.

L'examen ophtalmoscopique montre, au début, de légères modifications du fond d'œil : les veines rétiniennes sont augmentées de volume, congestionnées.

Dans une période plus avancée, la baisse de la vue augmente, la papille blanchit, l'atrophie optique se constitue et la vision est perdue.

Observation I (Charlin)

E. M..., 23 ans, soldat, se présente à la clinique le 19 Août 1916 ; depuis deux jours il se plaint d'une douleur profonde à l'œil droit et de trouble de la vision de ce même œil.

Pas d'antécédents cliniques importants.

Examen oculaire. — *a*) Externe. — O. D. légère ophtalmie, douleur rétro-oculaire à la pression.

b) Fonctionnel. — Vision O. D. compte les doigts à 25 centimètres.

c) Pupilles. — Normales.

Réactions pupillaires. — O. D. la réaction lumineuse légèrement diminuée.

d) Examen ophtalmoscopique. — O. D. veines papillaires tortueuses et dilatées, congestion veineuse papillaire franche.

e) Motilité et sensibilité. — Examens négatif.

f) Champ visuel. — O. D. on constate avec le miroir que la lumière est mieux perçue à la périphérie qu'au centre.

O. G. pour le blanc : normal.

Examen de O. G. — Négatif.

Examen général. — Négatif.

Examen nasal. — Ethmo-sphénoïdite droite.

Résumé. — Diminution de la vision droite avec intégrité de la vision et du champ visuel gauche, franche congestion veineuse papillaire droite ; lésion du nerf optique droit, probablement à peu de distance du globe.

Légère exophtalmie, douleur rétro-oculaire droite ; lésion intraoculaire profonde droite.

Diagnostic. — Névrite rétrobulbaire droite secondaire à un processus orbitaire profond d'origine nasale.

Le malade est envoyé à la clinique oto-rhino-laryngologique où il est soigné jusqu'à sa complète guérison.

Après quelques jours de traitement local, les symptômes nasaux de sinusite disparurent, mais la vision ne s'améliora pas. On eut recours à un traitement spécifique par injections mercurielles. Un mois après le début de cette thérapeutique, la vision redevient normale, le malade disait voir aussi bien avec son œil droit qu'avec son œil gauche ; l'exophtalmie et la douleur profonde orbitaire disparurent complètement.

Observation II (Charlin, Annales d'oculistique, 1919)

M. X.... 40 ans, vient nous consulter parce que, depuis une semaine, il ne voit pas de l'œil droit.

L'Anamnèse est la suivante : il y a un mois, grand rhu-

me de cerveau avec abondante sécrésion nasale jaunâtre au réveil accompagnée de mauvaise odeur constante (odeur d'acide carbonique selon l'expression du malade). Peu de jours après, l'œil voit comme à travers une fumée qui s'épaissit toujours plus.

Examen oculaire. — V. O G. normale + 0,75. 5/5.

V. O D. perception lumineuse douteuse.

Paupières, conjonctive, cornée. — Normales.

Pupilles. — O D. O G. légèrement déformées.

Réactions pupillaires. — O G. normales.

O D. presque pas de réaction lumineuse, bonne réaction de convergence.

Examen ophtalmoscopique. — O D. O G. négatif.

Champ visuel. — O G. normal. O D. impossible à déterminer.

Sensibilité oculaire, orbitaire, périorbitaire. — Normale.

Sensibilité profonde orbitaire. — La pression sur le globe droit produit une douleur profonde orbitaire.

Motilité. — O D. O G. normale.

Exophtalmie. — O D. O G. n'existe pas d'exophtalmie.

Examen général négatif. — On ne fait pas la réaction de Wasserman, on ne fait pas d'examen radioscopique du thorax.

Urines. — Normales.

Examen nasal. — Déviation de la cloison nasale à droite.

Résumé. — *a*) Perte de la vision de l'œil droit, perte de la réaction pupillaire lumineuse droite, avec intégrité de la vision, de la réaction lumineuse, du champ usuel gauche : lésion du nerf optique droit.

b) Examen ophtalmoscopique, négatif : lésion du nerf optique droit lointaine du globe oculaire.

c) Douleur profonde rétro-oculaire : lésion du fond de l'orbite dans le voisinage du canal optique.

2) *Syndrome de l'ostéopériostite de la fente sphénoïdale*

Le tableau clinique de cette localisation, bien étudié par Rochon-Duvigneau (Archives d'ophtalmologie, 1896), par Charlin (Annales d'oculistique, 1919), est constitué par un ensemble de troubles fonctionnels

que nous classerons en : *a*) troubles moteurs ; *b*) troubles sensitifs ; *c*) troubles circulatoires ; *d*) troubles trophiques.

Les premiers jours, le malade accuse des symptômes généraux représentés par une céphalée continue, à laquelle se joignent dans les formes aiguës des nausées et des vomissements. Les troubles moteurs qui apparaissent très rapidement, consistent en une gêne dans les mouvements du globe dans une ou plusieurs directions, il en résulte qu'il existe bien souvent du ptosis et de la diplopie. L'ophtalmoplégie est totale ou partielle, complète ou incomplète, intéressant la musculature externe seule ou atteignant également la musculature interne, ce qui se traduit par une dilatation pupillaire paralytique avec abolition du réflexe pupillaire à la lumière, par atteinte de l'arc réflexe au niveau de sa portion centrifuge.

Les troubles sensitifs sont représentés par de l'anesthésie cutanée dans la zone de distribution du nerf ophtalmique, les paupières, le front, le sommet du crâne, la racine du nez, ainsi que la cornée et les culs de sac conjonctivaux, sont insensibles (Rochon-Duvigneaud), seule la sensibilité dans le domaine du nerf sous-orbitaire est intacte. Cette particularité clinique est due à ce que le trajet de ce nerf est bas situé, au dessous de la fente sphénoïdale, à travers la fente ptérygo-maxillaire et le canal sous-orbitaire. Parfois, ce sont, au contraire, les phénomènes douloureux qui dominent et, pour Charlin, la présence d'une névralgie ophtalmique doit nécessiter un examen oculaire complet, lequel peut déceler des troubles de la motilité oculaire qui feront immédiatement songer à une lésion du fond de l'orbite.

La pression sur le globe oculaire est douloureuse, de même que ses mouvements, ce qui oblige le malade à mouvoir le moins possible son œil sain pour

ne pas accroître sa douleur par les mouvements combinés.

Les troubles circulatoires sont marqués par de l'hyperémie conjonctivale, du chémosis, de l'œdème palpébral et de l'épiphora par hypersécrétion lacrymale (Charlin).

Pour Rochond-Duvigneaud, l'exophtalmie serait absente dans la forme d'ostéopériostite simple, pour Brissaud (Leçons Cliniques), « semblable localisation implique nécessairement une compression de la veine ophtalmique ; et alors on observe toujours un certain degré d'exorbitisme ».

Les troubles trophiques peuvent apparaître sous forme de kératite neuroparalytique, de lésions cutanées palpébrales ainsi que des régions voisines.

En raison du siège de la lésion et de l'intégrité du canal optique, la vision demeure normale et c'est là un signe de grande valeur.

Suivant la forme évolutive des lésions, les phénomènes inflammatoires sont plus ou moins marqués. Dans la forme d'ostéopériostite gommeuse, les douleurs sont très vives, les troubles circulatoires très accentués. La rapidité du processus peut même faire songer au phlegmon de l'orbite.

L'exostose syphilitique de la fente sphénoïdale se différencie par un début et une évolution lente et par l'absence de phénomène inflammatoire.

Le pronostic est en général favorable, en raison de ce que le nerf optique est respecté, le traitement spécifique fait disparaître les phénomènes moteurs et sensitifs.

En cas d'ostéopériostite gommeuse et si le traitement intervient trop tard, il y a lieu de craindre la propagation vers la cavité cranienne et les complications graves qui en sont la conséquence.

Observation III (Charlin)

Le malade M. S... (obs. 411 du service), 25 ans, arrive à la clinique le 28 Avril 1917 ; il souffre beaucoup de son œil gauche depuis 8 jours, il ne peut pas dormir, les douleurs se font plus violentes la nuit.

Il voit double ce qui le gêne beaucoup.

Examen oculaire. — *a*) Externe. — O G. grande exophtalmie gauche.

Le globe est fortement repoussé en avant et en bas.

La palpation de l'orbite est négative.

Les paupières sont rouges et œdémateuses.

Hypérémie conjonctivale, épiphora.

b) Fonctionnel, — Vision O G. normale.

c) Pupilles et réactions pupillaires. — Normales.

d) Examen ophtalmoscopique. — Légère congestion veineuse rétinienne à l'œil gauche.

e) Motilité. — Les mouvements du globe sont conservés en bas seulement.

f) Sensibilité. — Normale.

Examen de O D. — Négatif.

Examen général. — Négatif.

La marche rapide du processus (8 jours), les symptômes inflammatoires aigus (œdème et hypérémie cutanée palpébral, grande vascularisation conjonctivale), nous firent penser à la formation d'un abcès orbitaire ; il était à craindre que nous ne nous trouvions dans la première étape d'un phlegmon de l'orbite.

Ces suppurations profondes de la cavité ont très fréquemment une origine nasale et nous nous empressâmes d'envoyer notre malade chez le spécialiste.

L'examen de la cavité nasale fut négatif.

Nous ne pensions pas encore à la syphilis ; cependant, lors de la première consultation, nous avions prélevé le sang pour une réaction Wassermann.

L'examen nasal négatif nous avait un peu dérouté sur l'origine de ce brusque et dangereux processus orbitaire ; on nous remet le résultat de la réaction de Wassermann ; elle était franchement positive, ce qui fut pour nous un

véritable soulagement. Le problème clinique était résolu ; le pronostic si grave, jusqu'à ce moment, changeait du tout au tout.

Le traitement mercuriel est ordonné.

Après la 4e injection, nous revoyons le malade ; il s'approche de nous souriant, il est très content, il ne souffre plus.

L'exophtalmie et le déplacement latéral inférieur ont diminué d'une façon considérable ; 18 jours après, ces troubles sont difficilement perceptibles ; après 3 semaines, l'examen oculaire est négatif.

Le malade abandonne l'hôpital et continue son traitement à la polyclinique.

Observation IV (Charlin)

J. L. V..., jeune homme de 18 ans (obs. 1715), est amené, le 12 Septembre 1918, sur une civière à la consultation. Il reste couché, les yeux fermés, dans une attitude de complet abandon, et se plaint constamment à haute voix. Sa figure pâle, étirée, très amaigrie rappelle un peu le faciès tuberculeux.

On obtient, après quelques insistances, quelques réponses qui permettent de reconstituer son histoire clinique.

Il y a 15 jours, apparaissent brusquement des douleurs au front droit ; une semaine après, chute de la paupière du même côté. Les douleurs sont de jour en jour plus intenses, le malade a une céphalalgie droite très violente, presque permanente, qui l'empêche de dormir, de se nourrir même.

Le malade a eu 11 frères, dont 3 sont morts en bas âge.

Pas d'autres antécédents familiaux ou personnels.

Examen général. — Pouls 86. Température 37·5.

Examen nasal : Négatif.

Examen oculaire. — *a*) Externe. — O D. Ptosis complet, œdème des paupières et de la joue. Hypérémie conjonctivale. Exophtalmie pas très marquée ; les mouvements du globe sont un peu limités dans toutes les directions.

b) Fonctionnel. — V. O D. 5/5.

c) Pupilles. — Inégales. O D. O G.

Réactions pupillaires. — Normales.

d) Examen ophtalmoscopique. — Congestion des veines rétiniennes des deux côtés O D. O G.

e) Sensibilité. — La sensibilité provoquée dans le territoire du trijumeau est normale. O G. : Négatif.

Dans ce cas, où l'état général était si profondément touché, il en coûtait un peu d'attribuer toute la symptomatologie à une affection locale.

L'examen général négatif, l'examen local, orbitaire, positif, élucida le problème.

L'exophtalmie, la limitation des mouvements du globe paraissent indiquer l'existence d'un abcès profond orbitaire de marche aiguë nettement inflammatoire, comme l'attestaient l'œdème palpébral de la joue, l'hypérémie conjonctivale.

Les violentes et constantes névralgies en troublant la vie végétative, l'alimentation, en empêchant le sommeil, avaient provoqué une déchéance générale de l'organisme.

Ce cas nous rappela l'observation VIII qui est à rapprocher de celle-ci, presque en tous points ; cependant, la grave atteinte de l'état général donnait un caractère très particulier à notre malade.

De quelle origine était cette néoformation profonde orbitaire ?

Le traitement spécifique d'essai allait nous le dire.

12 Septembre. — 1re injection intraveineuse de cyanure de H G. et K I. 3 grammes par jour.

14 Septembre. — Depuis hier il ne souffre plus ; les céphalalgies ont disparu.

L'exophtalmie a augmenté ; l'œdème palpébral est très manifeste.

Pouls 80. Température 36°5.

21 Septembre. — N'a pas souffert de nouveau. L'œdème palpébral diminue ; le ptosis et l'exophtalmie sont sans changement.

A reçu 5 injections intra-veineuses de H G. ; continue avec K I. 2 grammes par jour.

24 Septembre. — Le ptosis a diminué, il peut élever la paupière jusqu'au diamètre cornéen, III, IX.

Pas de douleurs. A reçu 7 injections intra-veineuses HG. neuses H G.

26 Septembre. — Le ptosis a franchement diminué ; les paupières sans faire effort découvrent le diamètre cornéen III, IX. Exophtalmie toujours marquée ; déplacement du globe en bas et en avant ; les mouvements sont limités en haut. A reçu 8 injections intra-veineuses. Pas de douleurs.

28 Septembre. — Légères douleurs frontales droites. On continue avec K I. et H G.

10 Octobre. — L'exophtalmie, le ptosis et l'œdème palpébral ont diminué, les mouvements sont limités en haut. Pas de douleurs.

17 Octobre. — Amélioration notable ; l'aspect du malade a changé du tout au tout, il a bonne mine, il est bien en chair.

Un léger œdème palpébral supérieur persiste,l'exophtalmie est difficilement perceptible, les mouvements du globe sont normaux, cependant on peut encore découvrir un très petit déplacement latéral du globe en bas.

26 Octobre. — Pas d'exophtalmie, pas de déplacement latéral, très léger ptosis.

Depuis le commencement du traitement, le malade a reçu : 9 injections intra-veineuses de cyanure de H G., 4 d'Enesol, 6 injections sous-cutanées de cacodylate de soude ; il a pris K I. jusqu'à 3 grammes par jour de façon interrompu.

5 Novembre. — Un examen oculaire attentif ne permet de noter aucun trouble.

Observation V (Rochon-Duvigneaud — Annales d'ophtalmologie, 1896).

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années qui présentait à droite, depuis peu de temps, du ptosis, une optalmoplégie à peu près complète et une anesthésie bien limitée au domaine frontal. Le territoire innervé par le sous-orbitaire avait conservé sa sensibilité. Il y avait des

céphalalgies très intenses. Mais la vision était intacte et la papille avait son aspect normal. Le malade guérit rapidement par le traitement mixte, après avoir énergiquement nié toute syphilis. — Ce cas nous paraît représenter la limitation des accidents à la fente sphénoïdale, le canal optique ayant conservé son intégrité.

Observation VI (Mandelstam-Centralblatt für praktische Angenheilkunde 1895)

UN CAS RARE DE SYPHILIS ORBITAIRE DOUBLE

Il s'agit d'un homme de 55 ans, dont l'histoire clinique est la suivante :

Syphilis vingt ans auparavant. Mal aux yeux depuis six semaines à la suite d'un bain russe et d'un refroidissement consécutif. Exophtalmie double, plus prononcée à droite qu'à gauche. Chémosis considérable. Sacs œdémateux aux paupières inférieures ; à droite, le sac descend jusqu'à l'aile du nez. Mouvement des globes fort limités, surtout en dehors et en haut. Symptôme de V. Græfe, la paupière supérieure laisse à découvert la sclérotique au-dessus de la cornée et elle n'accompagne pas l'œil dans le regard en bas. Aucune douleur. Les veines du fond sont un peu dilatées, les artères un peu rétrécies. Champ visuel normal. Acuité visuelle normale.

En résumé, à première vue, le malade donne l'impression d'un basedowien, mais il n'y a ni goître, ni trouble cardiaque et d'ailleurs le chémosis, l'œdème palpébral, l'exophtalmie réelle, les excursions oculaires réduites constituent autant de signes différentiels. Rien à la palpation dans l'orbite ; rien dans les cavités voisines ; rien dans le pharynx.

Comme traitement, d'abord expectation. Puis, après huit jours, la maladie progressant et la cornée droite s'exulcérant, on décide de recourir à des scarifications conjonctivales pour assurer l'occlusion des paupières et de soumettre le patient à une cure mercurielle par frictions (indications : syphilis ancienne, traces d'iritis ancienne à droite, absence de réflexe rotulien).

Après quelque temps, aucune amélioration ne s'étant produite, le malade refusa de continuer la cure. Les médecins eux-mêmes abandonnant l'idée de syphilis, crûrent avoir à faire à une ténonite due à un refroidissement après un bain chaud ; ils prescrivirent de l'iodure de potassium à doses massives et des cataplasmes chauds pendant des heures sur les yeux.

Rien n'y fit. La cornée droite s'abcèda, fondit et le cristallin fut expulsé.

Après de nouvelles hésitations, pendant lesquelles, en présence d'un certain mouvement fébrile, on soupçonna même une thrombose des sinus, on reprit la cure mercurielle (injections d'un décigr. de salicylate de H G. tous les deux jours ; 2 gr. par jour d'iodure de K.). Cette fois-ci, après trois mois environ, les symptômes menaçants se mirent à disparaître lentement, mais sûrement. Après sept mois, il ne persistait plus que le signe de V. Græfe, avec un léger chémosis à gauche, mais l'œil droit était irrémédiablement perdu.

Comme origine de l'affection, il faut admettre un syphilome siégeant dans la fente sphénoïdale, des deux côtés. On peut expliquer ainsi l'œdème et la paralysie, mais cela ne nous dit pas pourquoi l'artère et la veine centrale de la rétine étaient demeurées presque indemnes au milieu du bouleversement général ; il est impossible également de fournir une explication quelconque du signe de V. Græfe qui persiste encore à l'heure actuelle.

Observation VII (Galezowski)

Exophtalmie gauche avec paralysie de tous les muscles de l'œil. — Syphilis héréditaire. (Guérison).

Garçon, Jean M..., âgé de 12 ans, me fut amené le 9 Avril 1878 et se trouve inscrit au n° 39164. Il est assez bien constitué et jouissait toujours d'une bonne santé.

Ses parents sont aussi bien constitués, mais le père a eu la syphilis treize ans avant la naissance de son enfant. Il porte aujourd'hui un ulcère à bords réguliers à la poitrine et un autre au cou, et en bas de l'oreille, par suite

d'une glande suppurée qui s'est ulcérée il y a trois ans, et dont il ne s'est jamais soigné. Evidemment, ces deux ulcères sont de nature syphilitique.

Au mois de Février 1878, l'enfant s'était cogné avec la tête contre une voiture, mais il n'en a point souffert, et ce coup n'a pas eu de suite. A part cette seule contusion, l'enfant ne se rappelle pas avoir jamais eu de coups, ni contusions d'aucune sorte.

Le 5 Avril 1878. — L'enfant a été pris tout d'un coup d'un étourdissement et d'envie de vomir ; quelques heures après, il a fini par vomir quelques glaires, puis il a eu un saignement de nez très abondant.

Cet état était accompagné de maux de tête très violents pendant trois jours, concentrés surtout à la tempe ainsi qu'à l'œil gauche.

Tous ces phénomènes morbides ont cessé complètement dès le sixième jour, mais, à partir de ce moment, l'enfant a commencé à voir double et son œil gauche est devenu saillant.

A l'examen, nous avons pu constater qu'il y avait une exophtalmie très prononcée, l'œil était dévié visiblement en dehors, la paupière supérieure abaissée mais en même temps tous les autres nerfs moteurs de l'œil étaient paralysés, à tel point que l'œil était à peine mobile. L'enfant voyait double avec les images croisées à droite et avec les images homonymes lorsqu'on portait la bougie du côté gauche.

La pression ne provoquait point de douleurs ; par la palpation on ne découvrait point de tumeur, mais l'œil ne se laissait pas refouler dans le fond de l'orbite, ce qui prouvait surabondamment qu'il y avait là une tumeur au sommet de l'orbite comprimant tous les nerfs moteurs de l'œil, et qui empêchait le globe de reprendre sa place.

Le début brusque de la maladie et les antécédents syphilitiques du père nous permettaient de supposer qu'il s'agissait là d'une périostite syphilitique et c'est dans ce sens que nous avons dirigé notre traitement. Nous avons, en effet, administré à l'enfant la potion iodée ; en com-

mençant par 25 centigrammes, puis en élevant la dose à 50 centigrammes par jour.

Nous avons en outre appliqué deux vésicatoires volants, un à la tête quinze jours plus tard, un autre derrière l'oreille du côté correspondant. Le traitement a produit un résultat on ne peut plus satisfaisant, et déjà le 26 Mai, il a cessé de voir double, peu à peu tous les symptômes morbides ont disparu : l'exophtalmie diminua rapidement au point que le 2 Juin nous avons pu constater une guérison complète.

3) *Syndrome des lésions combinées du canal optique et de la fente sphénoïdale.*

Dans cette variété fréquente parmi les lésions de l'extrême pointe, en raison de l'étroit pilier osseux qui sépare le canal optique de la fente sphénoïdale, la symptomatologie traduit à la fois la compression du nerf optique et celle du pédicule vasculo-nerveux qui traverse la fente sphénoïdale.

Cette double atteinte se manifeste par des troubles sensoriels, des troubles moteurs, des troubles sensitifs, des troubles circulatoires, des troubles trophiques.

Les troubles visuels consistent en une baisse de la vue qui peut aller d'une légère atteinte jusqu'à la cécité absolue.

Les troubles moteurs se traduisent par une ophtalmoplégie totale ou partielle, complète ou incomplète, intéressant à la fois la musculature externe et interne.

Les troubles sensitifs se manifestent par des céphalées continues avec manifestations paroxystiques, par des douleurs orbitaires profondes, augmentées par la pression sur le globe oculaire, par la présence de zones d'hyperesthésie des régions palpébrale, frontale, malaire (Charlin) ou par de l'hypoesthésie ou de l'anesthésie dans ces mêmes régions (Rochon-Duvigneaud).

Les troubles circulatoires sont représentés par l'œdème des paupières qui peut envahir la région périorbitaire, par du chémosis conjonctival et par de l'exophtalmie qui peut être sous la dépendance de troubles circulatoires (Brissaud), ou provoquée par la lésion gommeuse ou l'exostose du fond de l'orbite.

Les troubles trophiques avec anesthésie de la cornée et kératite neuro-paralytique sont déterminés par les altérations pathologiques de la branche ophtalmique du trijumeau, avec retentissement secondaire sur le ganglion de Gasser (Charlin).

L'examen ophtalmoscopique montre des veines rétiniennes congestionnées, augmentées de volume, tortueuses, la papille conserve son aspect normal dans les premiers jours, puis prend l'aspect de la papille de stase, ensuite elle blanchit, l'atrophie optique se constitue avec perte de la vision.

En résumé, le tableau clinique des lésions combinées de l'extrême-pointe de l'orbite se traduit par une ophtalmoplégie sensorio-sensitivo-motrice.

Le pronostic de ces lésions abandonnées à elles-mêmes est donc très grave, mais si le traitement antisyphilitique est appliqué assez tôt, la restitution *ad integrum* peut être obtenue.

Observation VIII (Ripault)

Un enfant d'un an environ est amené par ses parents pour une exophtalmie énorme de l'œil gauche survenue en quelques jours ; elle s'accompagne de dilatation et de paralysie pupillaire et en même temps de fièvre ; état comateux lequel avait été précédé de convulsions et même de vomissements ; il était donc logique de conclure à une affection orbitaire déjà propagée aux méninges. Quel en était le point de départ ? On crut bien l'avoir découvert quand la mère déclara que l'enfant avait souffert de la gorge et présenté de la difficulté en avalant plusieurs jours auparavant ; d'autant plus que venait de paraître le travail

de Terson sur les phlébites orbitaires consécutives aux affections buccales et amygdaliennes. On fit une ponction exploratrice en arrière du globe qui demeura blanche.

L'enfant revint quelques jours plus tard, son état général et local restait sensiblement le même. On pensa alors à une périostite hérédo-spécifique de l'orbite, on interrogea le père et l'on acquit la conviction que ce diagnostic était juste. Un traitement énergique fut institué aussitôt et la guérison complète avec papille normale (elle était atteinte d'une stase très prononcée) et disparition de tout phénomène méningitique survint rapidement.

Observation IX (Charlin)

R. F. (observation 139 du service), 45 ans, marié, sans enfants, entre dans le service le 15 Mai 1917. C'est un homme vigoureux, il a bonne mine, il se plaint seulement de son œil droit qui le fait souffrir.

Il y a presque un an, au mois de Juin 1916, apparaissent des douleurs continues, peu intenses, de la moitié droite du visage. Depuis quelque temps, les douleurs sont plus localisées à la région orbitaire, et les personnes de sa famille ont constaté dernièrement l'œil droit saillant. Il y a trois semaines que cet œil est aveugle. Un collègue consulté a fait un très mauvais pronostic ; il a pensé à une tumeur maligne de l'orbite, négligeant un fait d'une grosse importance révélé par le malade : chancre à l'âge de 25 ans avec tuméfaction des ganglions inguinaux.

Examen général. — Négatif (urines normales).

Examen nasal. — Négatif.

Examen oculaire. — *a)* Externe. — Grande exophtalmie droite ; limitation des mouvements du globe en dehors, en dehors et en bas et un peu en dedans ; par la palpation profonde on ne perçoit aucune néoformation.

b) Fonctionnel. — Vision O D. compte les doigts à 25 centimètres. O G. Normale.

c) Pupilles. — O D. Mydriase, presque sans réaction lumineuse, avec réaction de convergence (la réaction consensuelle n'existe pas de O D à O G, existe de O G à O D. O G. normale.

d) Examen ophtalmoscopique. — O D. congestion veineuse rétinienne (veines papillaires dilatées). O G. négatif.

e) Sensibilité. — Pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie oculaire palpébrale, faciale droite ou gauche.

d) Champ visuel. — O G. normal pour le blanc.

Résumé. — Exophtalmie droite ; diminution considérable de la vision avec perte de la réaction de O D.

L'exophtalmie considérable, la limitation des mouvements du globe, indiquent l'existence d'une néoformation intra-orbitaire rétro-oculaire ; la perte de la vision et de la réaction pupillaire lumineuse droite, prouve la lésion secondaire du nerf optique droit.

Le développement lent de la néoformation (une année), nous fit penser à une néoplasie bénigne et la nature syphilitique de celle-ci nous parut probable, même très probable, en nous rappelant les antécédents du malade.

Dès la première consultation (15 Mai), nous faisons une injection intra-musculaire de biiodure, après avoir posé notre diagnostic : gomme intra-orbitaire, rétro-oculaire.

Le 17 Mai, après la 2e injection, la vision de O D = 2/25.

Le 22 Mai, la vision est montée, O D. = 1/3.

Le 30 Mai, la vision est normale. O D. = 5/5.

L'exophtalmie diminue ; les mouvements du globe se font avec beaucoup plus d'amplitude et la réaction pupillaire lumineuse est normale.

Le 15 Juin, après un mois de traitement, l'exophtalmie est difficillement perceptible, les mouvements du globe sont normaux, l'examen ophtalmoscopique est négatif.

Quelques jours après le commencement du traitement, étant déjà en franche guérison, on nous remet le résultat de la réaction de Wassermann : positive.

Observation X (Charlin)

S. T..., 35 ans, vient de province en Octobre 1917 nous consulter et nous donne les détails suivants : au mois de Juin 1916, apparaissent brusquement de violentes névralgies oculaires et frontales gauches qui durent plusieurs jours, puis peu à peu, l'œil se met en strabisme divergent et la paupière supérieure du même côté tombe.

Le malade est un ancien syphilitique ; quand Ehrlich fit connaître le salvarsan, on lui fit quelques injections de 606 qui devaient, lui avait-on dit, le guérir à jamais de sa maladie. Avec ces antécédents, on pratiqua sans tarder une série d'injections mercurielles qui provoquèrent la suppression de la symptomatologie douloureuse et une amélioration notable du ptosis et du strabisme. Cependant, la guérison ne fut pas complète et malgré le traitement intensif spécifique, les troubles moteurs oculaires restent depuis quelques mois sans changement. Le malade désire savoir si une thérapeutique encore plus énergique peut faire disparaître les parésies actuelles.

Examen oculaire. — Fonctionnel — Vision OD. OG : 2/3

Motilité. — O G. léger ptosis. Pas de mouvements bien perceptibles du globe en haut et en bas, mouvements diminués en dedans, normaux en dehors. O D. normale.

Sensibilité oculaire et orbitaire. — O D. O G. normales.

Pupilles. — O D. normale avec bonne réaction. O G. Mydriase paralytique (sans réaction consensuelle de O D. à O G. avec réaction de O G. à OD.

Examen ophtalmoscopique. — O D. négatif O G. papille blanchâtre, à bords nets.

Résumé. — O G. ptosis, paralysie pupillaire, paralysie ou parésie de tous les muscles oculaires, moins le droit externe : lésion du moteur oculaire commun et pathétique gauche.

Papille blanchâtre : Atrophie ébauchée du nerf optique gauche.

Diagnostic de localisation. — La maladie a débuté par des névralgies oculaires et frontales gauches (territoire du nerf ophtalmique), suivies bientôt de troubles moteurs (ptosis, strabisme paralytique, correspondant aux III et IV paires). L'affection a les mêmes caractères symptomatiques que dans les observations précédentes.

Nous trouvons encore ici une papille blanchâtre qui indique un retentissement de l'inflammation de la fente sphénoïdale sur le territoire du canal optique.

Pronostic. — Nous formulâmes un mauvais pronostic, quant à la guérison définitive des troubles oculaires actuels.

La persistance des lésions nerveuses, après plus d'une année de traitement intensif, doit faire penser naturellement à un processus cicatriciel, dégénératif, c'est-à-dire définitif.

La thérapeutique spécifique doit être continuée, afin d'éviter de nouvelles localisations de l'infection.

Observation XI (Charlin)

Hortense P... (obs. 582 du service), 27 ans, cuisinière, arrive à la clinique le 20 octobre 1917, parce qu'elle présente depuis trois semaines des douleurs violentes à l'œil gauche et au front, du même côté ; depuis une semaine, elle ne peut plus ouvrir l'œil gauche, chute de la paupière, elle ne voit plus bien avec cet œil, au commencement les choses lui apparaissaient agrandies, maintenant elle a la vue très trouble. Les symptômes sont si marqués et frappants qu'ils n'ont pu échapper à l'indifférence, à l'insouciance caractéristique de notre petit peuple. En entendant la malade, nous résumons aussitôt : troubles sensitifs, moteurs et visuels gauches.

Avant de commencer l'examen, le diagnostic se présentait déjà à nous.

Examen oculaire. — *a)* Externe. — Strabisme divergent gauche, ptosis, pas d'œdème palpébral ou conjonctival, pas d'exophtalmie.

b) Fonctionnel. — V. O G. compte les doigts à 0 m. 50. V. O D. 1/4. — O D. G. astigmatisme hypermétrope.

c) Motilité. — O G. Ptosis paralytique. Le globe a seulement des mouvements en dehors. O D. normale.

d) Sensibilité. — Hyperesthésie palpébrale supérieure et frontale gauche ; point supra-orbitaire gauche douloureux à la pression. Hyperesthésie palpébrale inférieure douteuse. Pas d'anesthésie cornéenne, pas de trouble de la sensibilité de la vue et de la gencive gauche. Côté droit normal.

e) Pupilles. — O G. Mydriase sans réaction à la lumière, sans réaction de convergence (réaction consensuelle existe de O G. à O D., n'existe pas de O D. à O G.) O D. normale.

f) Examen ophtalmoscopique. — O G. papille blanchâtre dans sa moitié temporale ? O D. normal.

g) Champ visuel. — O D. normal.

Résumé. — Perte de la vision gauche avec intégrité de la vision et du champ visuel droits : lésion du nerf optique gauche.

Paralysie du muscle éleveur de la paupière, du sphincter de l'iris, et de tous les muscles oculaires externes gauches, moins le droit externe : lésion du nerf moteur oculaire commum et pathétique.

Hyperesthésie de la région palpébrale supérieure et frontale gauche : lésion du nerf ophtalmique.

Pas d'exophtalmie : processus extra-orbitaire.

Diagnostic de localisation. — Processus orbito-cranien de développement extra-orbitaire, occupant la base du crâne de la fente sphénoïdale jusqu'au canal optique gauche.

Examen d'urine. — Négatif.

Examen neurologique, dermatologique, de la cavité nasale : négatifs.

Diagnostic étiologique. — Nous étions en présence d'une affection orbito-cranienne d'étiologie obscure ; nous admettons comme probable une affection syphilitique. Comment étayer ce diagnostic de probabilité ? Deux moyens s'offrent à nous : *a*) Réaction de Wassermann ; *b*) traitement spécifique d'essai.

La réaction de Wassermann a une valeur relative, le traitement une valeur presque absolue.

Nous crûmes plus logique de prendre le second chemin et d'éviter le premier, qui est bien souvent chemin borgne et comme tel ne conduit nulle part.

Nous ne faisons pas la réaction de Wassermann et nous faisons une injection intra-veineuse de cyanure de Hg de 1 centigramme (21 octobre).

23 Octobre. — A reçu deux injections intra-veineuses de cyanure de Hg.

La malade dort bien après la première injection, « depuis deux semaines, elle ne fermait pas l'œil de la nuit ; elle dormait par moment dans la journée », selon l'expression de la malade.

Pas d'hyperesthésie de l'ophtalmique, la paupière supérieure a un léger mouvement d'élévation.

24 Octobre. — La diarrhée fait remplacer le Hg par KI (4 grammes par jour). V. O G. 1/4 p.

3 Novembre. — On continue avec KI, 4 grammes par jour et on revient au Hg, mais en injections intra-musculaires.

Pas de douleurs, sensibilité normale dans le territoire du trijumeau, léger mouvement de la paupière supérieure.

8 Novembre. — Même traitement V. O B. 1/3 p.

Les muscles oculaires paralysés commencent à fonctionner.

15 Novembre. — Le ptosis a diminué, en faisant un effort la paupière se lève jusqu'à découvrir le diamètre III IX cornéen ; les mouvements du globe sont plus perceptibles.

1er Décembre. — La gingivite fit suspendre le Hg pendant une semaine, après avoir reçu deux injections intraveineuses de cyanure, neuf intra-musculaires de biiodure ; KI a été pris chaque jour.

Sensibilité oculaire et orbitaire : normale.

Motilité. — Le ptosis est bien moins marqué ; au repos, la paupière découvre le diamètre III IX ; avec un effort, la paupière se lève et découvre tout le champ cornéen ; les mouvements du globe se font en tous sens, mais ont seulement leur amplitude normale en dehors.

Pupilles. — O G. Mydriase sans réaction lumineuse, sans réaction de convergence ; il y a réaction consensuelle de O G. à O D., mais non de O D. à O G.

Examen ophtalmoscopique. — O G. La papille a une couleur blanchâtre dans sa moitié temporale (atrophie partielle papillaire).

V. O G. 1 + 2 cyl. 1.50 à 92°1/2.

Pour compléter l'observation nous faisons le 10 décembre une réaction de Wassermann : elle est positive.

30 Décembre.— Pas de ptosis, la paupière supérieure est absolument normale ; pas de strabisme paralytique, dans les positions forcées du regard seulement, il persiste de la diplopie.

Pupilles. — O D. Déformée avec bonne réaction.

O G. Déformée, mydriase moyenne, sans réaction lumineuse directe, ni consensuelle de O D. à O G. : vestige de réaction à la convergence.

Examen ophtalmoscopique. — O D. normal.

O G. papille légèrement blanchâtre dans sa moitié temporale.

15 Janvier 1918. — V. O D. O G. 1/3 a continué son traitement de Hg et KI.

Pas de diplopie.

La malade quitte le service.

Observation XII (Charlin)

E... M... (obs. 141 du service), 18 ans, souffre depuis un mois de violentes névralgies faciales droites ; a reçu un traitement antinévralgique (antipyrine, etc.), qui la soulage momentanément. La diminution considérable de la vision de O D., et un ptosis droit, font envoyer la malade à notre service de l'hôpital Salvator (15 mai 1917). Il y a une semaine que ces troubles oculaires se sont présentés.

Nous relevons comme antécédents : en 1915, céphalalgies occipitales qui se répètent depuis lors avec une certaine périodicité. Pendant un mois de cette même année, 1915, la malade souffre de douleurs localisées au bras droit avec impotence fonctionnelle (radiculite).

La malade a sept frères dont trois sont morts en bas âge ; sa mère est décédée jeune, d'une affection de l'estomac ? Son père est bien portant.

Examen général. — Malade de bonne mine, ne présentant aucun trouble hors de la région oculaire droite. Les examens auxquels elle est soumise sont négatifs (y compris l'examen nasal).

Examen oculaire. — *a*) Externe — Léger œdème des paupières droites, légère exophtalmie droite.

b) Fonctionnel. — Vision droite : réduite à la perception lumineuse. Vision gauche : normale.

c) Motilité. — Ptosis à droite : suppression de tous les mouvements du globe droit, qui, selon l'expression classique, paraît « figé dans la cire ».

d) Sensibilité. — Anesthésie palpébrale supérieure et inférieure, anesthésie frontale, de la joue, de la gencive, de l'arcade dentaire supérieure droite.

e) Pupilles. — O D. Mydriase sans réaction à la lumière (ni directe, ni consensuelle) de O G à O D sans réaction de convergence. O G. Normal.

f) Ophtalmoscopique. — O D., légère dilatation des veines rétiniennes. O G. Normal.

Résumé. — Perte de la vision de O D., intégrité de la vision et du champ visuel de O G. : lésion du nerf optique droit.

Perte de la motilité oculaire externe et pupillaire droite, ptosis droit : lésion des trois nerfs moteurs, c'est-à-dire III, IV et VI paires droites.

Perte de la sensibilité oculaire, palpébrale supérieure et frontale droite ; lésion du nerf ophtalmique ; perte de la sensibilité palpébrale inférieure, joue, gencive, arcade dentaire droite : lésion du nerf maxillaire supérieur droit.

Troubles circulatoires ; œdème palpébral et congestion veineuse rétinienne : difficulté de la circulation des veines ophtalmiques.

L'examen d'urine ayant été négatif, le jour même de la première consultation, nous faisons une injection intraveineuse de 1 centigramme de cyanure de mercure (15 mai). Avec la première injection, les douleurs orbitaires cessent ; la malade passe une nuit tranquille, elle peut dormir d'un sommeil réparateur, ce qui n'était pas arrivé depuis trois semaines.

21 Mai. — Après la 5e injection, elle ouvre un peu la paupière supérieure ; il y a de petits mouvements ébauchés du globe oculaire ; la vision reparaît, elle peut compter les doigts à 50 centimètres.

28 Mai. — La gingivite oblige à suspendre le Hg (elle a reçu 2 injections intraveineuses, 4 intramusculaires), on donne 4 grammes de K I par jour Il y a des mouvements très marqués du globe en haut et en bas. La pupille a ses réactions normales.

31 Mai. — Vision 1/35. Ptosis moins marqué, mouvements perceptibles du globe en tous sens. L'anesthésie

supraorbitaire a disparu, mais le territoire du nerf maxillaire inférieur est toujours insensible (paupière inférieure, joue. gencive).

Etant en traitement et en franche amélioration, le laboratoire nous communique que la R. de Wass. est négative et que le liquide céphalo-rachidien est normal.

12 Juin. — De nouveau Hg. Vision O D 1/3.

14 Juin. — Pas de ptosis, légères parésies musculaires oculaires. La papille droite est plus blanche que la papille gauche ; le champ visuel périphérique droit est normal pour le blanc.

26 Juin. — Pas de ptosis, pas de diplopie spontanée ou provoquée par le verre rouge. Pas d'anesthésie supraorbitaire ; l'insensibilité du nerf maxillaire supérieur persiste. Vision O D 2/3. La papille est légèrement blanchâtre, à bords nets.

Depuis le commencement du traitement, elle a reçu 20 injections mercurielles (5 intraveineuses de cyanure, 15 intramusculaires de biiodure) et a pris 4 grammes par jour de K I pendant une semaine.

10 Juillet. — Papille droite rose claire, blanchâtre avec des artères rétrécies, bords nets.

31 Juillet. — A reçu encore 12 injections intraveineuses de biiodure. Vision O D 2/3. Papille O D même aspect qu'antérieurement. Pas de troubles musculaires oculaires ou palpébraux, mais toujours hypoesthésie dans le territoire du nerf maxillaire supérieur.

Dans cette observation, il y a lieu de retenir les faits suivants :

1) La névralgie est un symptôme de grande valeur, mais il faut en chercher la cause, si on ne veut pas tomber dans la thérapeutique symptomatique. Dans ce cas, la névralgie a précédé de quinze jours les troubles moteurs et visuels graves, qui ne seraient pas apparus si un traitement causal avait été institué à temps.

2) Le manque de stigmates, d'antécédents syphilitiques décisifs ne sont pas une contre-indication du traitement spécifique.

3) La Réaction de Wassermann a été négative dans une syphilis en pleine évolution.

4) Malgré la gravité des troubles provoqués par la syphilis orbito-cranienne, on peut espérer une *restitutio ad integrum,* si on procède rapidement et avec énergie.

Observation XIII (Rochon-Duvigneaud. - Archives d'ophtalmologie, 1896).

A la suite de violentes douleurs s'était développée chez ce malade une triade symptomatique d'une netteté frappante et qui intéressait uniquement l'œil droit ; ptosis avec paralysie presque complète des mouvements du globe, amblyopie prononcée, anesthésie dans le domaine de l'ophtalmique droit avec conservation parfaite de la sensibilité dans le domaine du sous-orbitaire. L'examen ophtalmoscopique, montrait du côté malade une papille à veines tortueuses et manifestement congestionnées.

L'affection durait depuis près d'un mois avec toujours les mêmes névralgies violentes. Un jour, le malade était tombé sans connaissance avec des convulsions. Il était difficile de songer à une tumeur orbitaire, l'œil droit n'étant pas plus saillant que son congénère et se laissant aussi complètement refouler dans l'orbite, expérience qui du reste ne se faisait pas sans provoquer quelque douleur, la palpation de toutes les parties accessibles de l'orbite ne révélait rien d'anormal, aucune tumeur, aucune induration.

D'autre part, on ne pouvait croire non plus à un processus intracranien. En admettant qu'une tumeur de la région du chiasma eût pris assez d'extension pour intéresser tous les nerfs moteurs et sensitifs de l'orbite, on se heurtait à l'intégrité absolue de la vision à gauche inadmissible avec une lésion chiasmatique, qui attaque forcément la vue des deux yeux. Or, l'œil gauche était aussi indemne au point de vue ophtalmoscopique et l'on sait que la papillite des tumeurs intracraniennes est constamment bilatérale. Du reste, la papille droite avec ses veines simplement congestionnées n'avait pas les caractères de la papille, œdémateuse et saillante des tumeurs cérébrales.

Le malade qui était un homme jeune, vigoureux, bien nourri (boucher), de santé jusque-là excellente, niant tout antécédent syphilitique, revint à plusieurs reprises sans que l'on eut encore pris aucune détermination pour le traitement, lorsqu'un jour le professeur Verneuil, pressé de dire son avis et ce qu'il entendait faire, nous déclara tout à coup avec cette rapidité de conception qui lui était propre : « Puisque son nerf optique et tous ses nerfs orbitaires sont paralysés, c'est qu'il a une périostite de la fente sphénoïdale. Il doit avoir eu la syphilis, traitez-le en conséquence ». Dès le même jour, nous fîmes commencer des frictions mercurielles et prendre de l'iodure de potassium. L'amélioration fut rapide ; le malade qui se soignait chez lui, revint quelques temps après complètement guéri.

Observation XIV (Rochon-Duvigneaud)

Charles Legr..., 32 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu, le 31 Juillet 1895. Il est brun, petit, bien constitué, exerce le métier de fondeur. Deux ans auparavant il a eu à la verge un chancre induré qui a duré trois mois ; les accidents secondaires ont été manifestes, plaques muqueuses à la gorge et à l'anus, roséole généralisée. Après trois mois de sirop de Gibert, ces accidents ont entièrement disparu. Depuis, il n'a pas eu de maux de tête et s'est toujours bien porté.

Au début de Juillet 1895, c'est-à-dire un mois avant son arrivé à l'Hôtel-Dieu, le malade a remarqué qu'il voyait double. Quinze jours plus tard, chute de la paupière droite et céphalagie intense, quelques vomissements.

Etat du malade le 31 Juillet 1895. — Ptosis complet à droite avec légère contracture de l'orbiculaire. Impossibilité absolue pour le malade de communiquer le moindre mouvement d'élévation à la paupière supérieure droite, même par la contraction du frontal qui est bien conservée. En soulevant la paupière, on trouve le globe oculaire complètement immobile sauf une petite oscillation à peine appréciable dans le sens d'action du droit interne. Pas d'exophtalmie, pas de troubles circulatoires apparents ;

l'œil est parfaitement refoulable,on n'observe à la pression des parties molles de l'orbite aucune sensation d'épaississement ou de tumeur, mais on provoque une légère douleur.

La pupille n'est pas beaucoup plus grande que celle de l'œil sain ; il n'y a pas de réaction directe à la lumière, mais cela est dû uniquement à la cécité de l'œil droit, car la réaction consensuelle se fait lentement mais à peu près complètement. Légères oscillations pupillaires dans l'essai de convergence, du reste peu suivi d'effet.

Anesthésie cutanée dans toute la zone de distribution de l'ophtalmique droit : paupière supérieure, front, sommet du crâne. L'insensibilité s'arrête sur la ligne médiane, ne dépasse guère en hauteur la suture fronto-pariétale et descend à peu près verticalement du sommet vers la queue du sourcil.

La racine du nez est insensible, mais non le lobule, ni l'aile.

La paupière inférieure est complètement anesthésiée, la pommette, la joue, la lèvre inférieure ont une sensibilité intacte.

La cornée est insensible, le cul de sac conjonctival supérieur insensible en dedans, assez sensible en dehors ; le cul de sac inférieur, assez sensible.

La paroi externe de la fosse nasale droite est hypoesthésique, la paroi interne sensible au contraire. L'odorat paraît normal et l'ouïe semble être la même à droite qu'à gauche.

La sécrétion lacrymale est normale, du moins au point de vue de la lubréfaction conjonctivale et de la fosse nasale correspondante.

Cécité absolue de l'œil droit. Stase papillaire avec saillie de la papille de deux dioptries, disparition de l'anneau scléral, tortuosités veineuses. La papille fait très nettement une saillie en bouton circulaire, l'anneau scléral est invisible et les veines dessinent un coude très net pour descendre de la papille sur le plan rétinien. Il n'y a pas d'aspect trouble, œdémateux, des stases papillaires d'origine intracranienne, c'est un état analogue, mais moins prononcé.

L'œil gauche est normal comme acuité, sens des couleurs et champ visuel.

Rien du côté des nerfs craniens, autres que ceux passant dans l'orbite.

Nous portons séance tenante et en nous rappelant le malade du professeur Verneuil, le diagnostic de périostite spécifique de la fente sphénoïdale et du canal optique droit. Le malade est immédiatement soumis au traitement spécifique (31 Juillet), on pratique six piqûres par semaine avec l'huile biiodurée du professeur Panas, chaque piqûre équivalait à 4 milligrammes de sel mercuriel, à l'intérieur iodure de potassium.

Les douleurs de tête n'ont complètement cédé qu'au bout d'un mois de traitement, elles ont donc été très tenaces.

Le 19 Septembre, après 50 piqûres, nous constatons : Ptosis incomplet, les mouvements de latéralité ont reparu et sont assez étendus. Mouvements d'abaissement moins étendus que les mouvements de latéralité, ceux d'élévation plus réduits encore. La sensibilité a en partie reparu dans la région du sus-orbitaire, mais la paupière reste demi-anesthésique. La vision est nulle. Le malade voulant sortir de l'hôpital, nous formulons comme suite de traitement :

Iodure de potassium.....	15	grammes
Biodure de mercure.....	0,15	—
Eau et sirop d'écorce, de chaque....	150	—

Le 31 Octobre, le malade revient à la consultation. Les mouvements du globe oculaire ont repris toute leur amplitude. La sensibilité dans la région frontale, palpébrale et nasale a entièrement reparu, mais la perception lumineuse fait toujours défaut.

L'examen ophtalmoscopique nous montre une atrophie complète de la papille.

Observation XV (Rochon-Duvigneaud. Thèse Beaudonnet).

La nommée S..., âgée de 33 ans, couturière, se présente le 15 août 1893, dans l'état suivant : œil gauche

exophtalmié, dévié en dehors, non réductible, léger ptosis. Mouvements d'élévation et d'abaissement conservés, mais restreints, mouvements d'adduction complètement abolis. Abduction pouvant être augmentée par la contraction du droit externe.

Pupille dilatée légèrement et paresseuse.

En outre de la non réductibilité de l'œil, on voit en arrière du rebord orbitaire inférieur un bourgeon résistant qui paraît venir des profondeurs de l'orbite. Rien de semblable sur tout le reste du pourtour orbitaire qui reste libre.

Rien à l'ophtalmoscope. Vision intacte. Accommodation très diminuée. Cet état dure depuis cinq semaines, avec des douleurs dans l'œil et à la tempe plus marquées à l'époque de ses règles. Vomissements fréquents le matin.

Antécédents. — Malade sujette à des céphalées et en plus rhumatisante, elle a eu en 1883, un premier enfant, mort à quatre mois, on ne sait pas de quoi et une fausse couche à cinq semaines en 1886.

Un an après, elle mit au monde un enfant bien portant. Pendant cette grossesse, elle a eu des céphalalgies avec sensation de constriction aux tempes (éclampsie ?). Dix mois plus tard, nouvelles douleurs à l'œil et à la tempe avec, pendant un jour prétend-elle, une déviation externe de l'œil. En novembre 1892, elle aurait eu une seconde attaque semblable qui n'aurait duré qu'un jour.

Elle dit n'avoir jamais eu la syphilis. Cependant, un traitement par l'iodure de potassium seul est institué.

Nous avons revu la malade le 28 août 1893, elle avait pris 40 grammes d'iodure de potassium. Grande amélioration. OEil dépressible presque autant que l'autre, le lobule néoplasique a disparu. Plus de maux de tête. L'œil est encore en strabisme externe,le droit interne ne fonctionne pas du tout. Ses mouvements en haut et en bas ont toute leur amplitude.

Du 28 Août au 4 Février, elle prend sans interruption par cuillerées à soupe, deux fois par jour, la potion suivante : iodure de potassium 20 grammes. Biiodure d'hydrargyre 0,15 centigrammes. Eau 300 grammes.

Revu le 4 Février, l'amélioration, par rapport au 28 Août, consiste en ce que les mouvements du droit interne ont en bonne partie reparu, qu'il n'y a plus de ptosis du tout, que les réactions pupillaires sont très vives, la malade lit parfaitement.

Toujours rien à l'ophtalmoscope.

Du 4 Février au 21 Avril, on lui fait 25 injections huileuses de biiodure d'hydrargyre. (4 milligr. injection).

Le 21 Avril. — Les mouvements du droit interne ont gagné encore en amplitude ; cependant, il y a encore un peu de diplopie croisée dans les mouvements externes vers la droite (légère insuffisance du droit interne gauche).

Nous avons pris le champ visuel de notre malade le 30 mai 1894 et nous avons remarqué qu'il était diminué en dedans pour les deux yeux mais surtout pour l'œil gauche.

Observation XVI (Gaucher et Lacapère, Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1901)

GOMME RÉTRO-OCULAIRE DE LA PÉRIODE SECONDAIRE DE LA SYPHILIS

Le 12 Juin 1901 entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Littré, une malade atteinte de cécité presque complète avec exorbitis unilatérale. C'est une femme de 49 ans qui, depuis vingt ans, exerce la profession de marchande à la suite des régiments. La malade, interrogée avec soin, nie tout antécédent morbide sauf une infection puerpérale remontant à une date éloignée. Elle a mis au monde dix enfants sur lesquels trois restent vivants, les autres sont morts, les uns du croup, d'autres de convulsions, de méningite, nous dit-elle. Enfin, elle a fait deux avortements en 1873 et 1877.

Les accidents actuels ont débuté il y a sept mois, en novembre 1900. A cette époque, la malade reçut de violents coups de poings qui déterminèrent de l'enflure de la face et des bosses sanguines considérables du cuir chevelu. Celles-ci, indolores pendant quelques semaines, se mirent à augmenter de volume, occasionnant de violentes douleurs qui décidèrent la malade à consulter un médecin quatre mois et demi après le début des accidents.

Le médecin conseilla des frictions à l'onguent napolitain sur les bosses du cuir chevelu et il administra à l'intérieur des pilules dont la malade ne peut indiquer la nature. A la suite de ce traitement, les bosses du cuir chevelu disparurent dans l'espace de quinze jours environ, mais une éruption de petits boutons rouges se montrait sur tout le corps, respectant seulement la face et les extrémités, ne déterminant qu'un point tout à fait insignifiant et s'accompagnant d'érosions des muqueuses buccale et vaginale qui signalèrent leur présence par de vifs picotements.

Il y a quinze jours, c'est-à-dire deux mois et demi après le commencement du traitement, la vue s'affaiblissait rapidement en même temps qu'apparaissait du gonflement et des douleurs de l'œil gauche. En quelques jours, la cécité fut presque complète. La malade s'adressa alors à un médecin militaire, lui décrivant l'éruption dont elle était atteinte. Ce médecin, après avoir pratiqué l'examen ophtalmoscopique, ordonna des frictions mercurielles quotidiennes et une potion d'iodure de potassium.

Quelques jours plus tard, la malade se décidait à entrer à l'hôpital.

Le jour de l'entrée dans notre service, l'aspect de la malade est le suivant : la moitié gauche de la face est fortement œdématiée, les paupières gonflées déterminent l'occlusion complète de l'œil gauche. Si on écarte les paupières, la conjonctive se montre fortement congestionnée et il existe un chémosis très marqué. L'iris est très dilaté et sa circonférence est légèrement irrégulière.

Il y a une exophtalmie très nette.

A la palpation, le globe oculaire semble d'une consistance un peu moins ferme qu'à l'état normal.

L'œil est le siège de vives douleurs spontanées qui s'irradient vers l'arcade dentaire supérieure. La pression sur le globe oculaire éveille également de très vives douleurs.

L'œil droit ne présente ni gonflement, ni conjonctivite et n'est pas douloureux, mais l'iris est fortement dilaté et la vue très affaiblie.

L'examen ophtalmoscopique montre le fond d'œil normal ; cependant, les vaisseaux sont légèrement estompés

et la papille est un peu œdématiée. Cet œdème de la papille et de la rétine est vraisemblablement dû à une compression gênant la circulation en retour. On note de plus un léger degré d'iritis, avec une synéchie de la portion inférieure et interne de l'iris. Il s'agit donc manifestement d'une tumeur orbitaire rétro-oculaire, comprimant les vaisseaux et les nerfs de l'œil, occasionnant de la congestion de la conjonctive, du chémosis, de l'œdème rétinien et de la mydriase et intéressant sous forme d'ophtalmie sympathique l'œil du côté opposé.

L'examen du corps permit de découvrir quelques rares papules jambonnées, légèrement squameuses, vestiges d'une éruption secondaire de date récente. Aux grandes lèvres, il existe des plaques muqueuses hypertrophiques, indéniable signature de la syphilis. La palpation des plis inguinaux montre l'existence d'une légère adénopathie bilatérale, mais toute trace de l'accident primitif a disparu et le malade n'a sur ce point aucun souvenir.

Observation XVII (Poulet. Thèse)

Baptiste V..., de la Dordogne, âgé de 29 ans, n'a fait aucune maladie sérieuse dans sa jeunesse, mais a contracté la syphilis au mois d'Août 1888. Il a été soigné pour un chancre dans le service du Dr Mauriac, au Midi. Après un traitement de 5 mois par les pilules de protoiodure et l'iodure de potassium, les accidents secondaires ont disparu. De 1889 à 1894, il n'a rien éprouvé de particulier.

Il se présente à la clinique du Dr Lefèvre, le 17 Novembre 1894. La paupière gauche est complètement fermée.

Le malade raconte qu'il a été pris, pendant la nuit du 7 au 8 Novembre, de douleurs de tête insupportables qu'il localisait dans la tempe gauche. Le lendemain, il a remarqué que sa vue était assez affaiblie et en même temps que son œil s'ouvrait difficilement. Tous ces phénomènes se sont accentués jusqu'au jour où il se présente à la clinique.

Examen du malade, le 17 Novembre 1894. — Pas de fièvre, il est un peu pâle, affaibli ; localement, nous remarquons un ptosis complet, paralytique, de l'œil gauche. La paupière, souple, se laisse relever sans résistance,

ne produit aucun signe d'hyperhémie. Le globe reste immobile de tous les côtés ; la pupille extrêmement dilatée est sans aucun réflexe même consensuel.

Aucun trouble circulatoire du côté de l'œil, et le malade affirme que jamais son œil n'a été rouge. V... ne peut distinguer les doigts à quelques centimètres de distance et c'est à peine si la lumière électrique impressionne la rétine. Au palper, rien du côté de l'orbite ne décèle la présence d'une tumeur et l'œil est parfaitement refoulable, mais on provoque une légère douleur. De plus, la cornée est insensible, le cul de sac supérieur, la paupière supérieure, le territoire innervé par le sous-orbitaire et le nasal paraissent complètement anesthésiés. Dans toutes ces régions, la pointe d'une aiguille ne provoque aucune douleur. A l'ophtalmoscope, stase papillaire.

Il s'agit donc d'une tumeur comprimant les nerfs à leur passage dans la fente sphénoïdale, mais on n'observe pas d'exophtalmie. On fait le diagnostic de périostose de la fente sphénoïdale et du trou optique d'origine syphilitique. On prescrit au malade des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium.

Le malade est revu le 26 Novembre. Les douleurs de tête ont notablement diminué, le ptosis est encore à peu près complet ; la sensibilité frontale et palpébrale commence à reparaître. Même traitement.

18 Décembre. — Les douleurs ont complètement disparu ; la paupière se soulève légèrement, la sensibilité paraît entièrement revenue, mais la vision est nulle.

7 Janvier. — Disparition des phénomènes paralytiques, mais cécité absolue de l'œil gauche.

Depuis, nous n'avons pas revu notre malade.

Observation XVIII (Galezowski)

Le 2 Juillet 1879, Mme D .., âgée de cinquante-deux ans, se présente à la clinique, où elle est inscrite au registre sous le n° 49.917. De constitution très robuste, cette dame a eu une vie très active. Elle fait le commerce des fourrures et a éprouvé dans ce métier une série de revers qui l'ont vivement impressionnée. Elle a été mariée deux

fois : la première en 1848. De ce mariage, elle a eu deux enfants, le premier en 1849 est mort huit jours après sa naissance. Cinq ans après naît le second, qui meurt sur le septième mois d'une affection cérébrale.

Le mari, d'une vie très irrégulière et remplie d'excès de toutes sortes, meurt en 1855. En 1857, notre malade se remarie et a, de ce second mariage, trois enfants : le premier en 1858, meurt sept mois après sa naissance. Les deux derniers, nés en 1859 et 1864, se portent très bien.

Mme D..., toujours bien portante, ne se ressentait nullement de ces cinq couches, et était toujours parfaitement bien réglée et même très abondamment, lorsqu'en janvier 1879, ses règles diminuèrent subitement d'intensité pour ne pas reparaître les mois suivants jusqu'en juillet, où elles revinrent en très grande abondance. Avec la suppression des règles survinrent des maux de tête très violents.

Jusqu'à cette époque, les yeux de notre malade avaient joui d'une vue excellente ; mais, en février, la malade s'aperçut que sa vue était moins claire, et un matin, au réveil, elle voyait double. Elle consulta son médecin qui lui prescrivit plusieurs purgations répétées et, successivement, l'application derrière l'oreille de sangsues et vésicatoires.

Ce traitement resta sans effet. Le trouble de la vue était accompagné de maux de tête excessivement violents pendant plus de quinze jours, qui, depuis, se sont dissipés complètement.

Aujourd'hui, cette dame présente un ptosis de la paupière supérieure gauche. Son œil gauche est légèrement dévié en dehors et propulsé en avant ; il y a un peu d'exophtalmie. Tous les mouvements de l'œil sont presque impossibles. A peine peut-il exécuter un léger mouvement en dehors.

En un mot, tous les muscles sont paralysés. La paralysie des muscles de la troisième paire est absolue, et celle des muscles de la sixième paire est presque complète. Les pupilles des deux yeux présentent les mêmes dimensions.

A l'ophtalmoscope, on trouve les milieux de l'œil physio-

logiques. La papille seule est entourée d'une légère suffusion qu'on ne retrouve pas dans l'autre œil.

L'acuité visuelle en est notablement affaiblie, à peine la malade reconnait-elle les gros objets. L'œil droit est normal ; on constate encore une anesthésie relative de toute la région péri-orbitaire gauche, les piqûres d'épingle sont à peine ressenties dans cette région.

Si on recherche l'étiologie de l'affection, on est assez embarrassé, car Mme D..., n'a jamais été malade. Elle nie toute espèce d'antécédents syphilitiques et on ne trouve absolument rien de proéminent dans la cavité orbitaire.

Néanmoins, on prescrit l'iodure de potassium, 3 grammes par jour, des bains sulfureux, et on conseille à la malade, pour éviter la diplopie, de porter des lunettes avec un verre dépoli pour l'œil gauche.

8 Juillet. — Elle revint, en accusant une amélioration sensible dans son état ; les maux de tête sont moins violents et les mouvements de l'œil sont moins gênés. On lui conseille de continuer son traitement et on y ajoute les frictions mercurielles sur les différentes articulations à la dose de 4 grammes par jour.

22 Juillet. — L'exophtalmie a diminué.

b) **Ostéopériostite pariétale**

La localisation du processus syphilitique sur les parois de l'orbite affecte une allure clinique variable dans ses manifestations. On peut se demander si l'infection syphilitique n'atteint que les parois osseuses de l'orbite, ou si elle peut se localiser dans les tissus mous qui entourent le globe oculaire ? Pour Rollet, (Encyclop. franç. d'Opht., tome VIII), les deux lésions peuvent s'observer, mais pour la syphilis tertiaire, le tissu ostéopériostique est le plus souvent atteint. « La gomme du tissu cellulo-graisseux est une lésion exceptionnelle, que seule l'autopsie permettrait d'affirmer ». Nous publions plus loin l'observation d'un malade examiné par Galezowski,

atteint de tumeur gommeuse mobile, syphilitique de forme annulaire, s'avançant dans l'épaisseur des deux paupières et dont le siège paraît être les tissus mous de l'orbite.

Nous distinguerons deux sortes de lésions : celles situées profondément dans l'orbite et dont le symtôme dominant est l'exophtalmie, celles qui occupent la partie antérieure des parois et qui sont accessibles à la palpation. L'ostéopériostite peut occuper le plafond orbitaire avec développement possible vers la cavité cranienne. comme dans l'observation de Solowertschik, le plancher orbitaire avec développement vers le sinus maxillaire, la paroi externe avec extension vers la fosse temporale, la paroi interne avec envahissement des fosses nasales.

Le début n'est souvent manifesté que par une gêne dans les mouvements de l'œil, soit d'abaissement ou d'élévation, soit d'abduction ou d'adduction. Ces parésies musculaires auxquelles peut se joindre du ptosis, causent de la diplopie. En même temps, apparait la céphalée, symptôme à peu près constant mentionné dans la plupart des observations. D'allure continue, aussi bien diurne que nocturne elle est profonde, lancinante, avec des manifestations paroxystiques, et peut-être accompagnée de vertiges et de nausées. Des névralgies avec irradiations aux régions temporale, frontale, à la racine du nez, à la joue, apparaissent lorsque les filets nerveux du nerf ophtalmique ou ceux du maxillaire supérieur sont irrités. La pression exercée aux lieux d'émergence des nerfs est particulièrement douloureuse : points lacrymal, sus orbitaire, nasal, naso-lobaire, oculaire, sous-orbitaire. Il y a des troubles de la sensibilité cutanée (hyperestésie) de l'innervation vaso-motrice (hypersécrétion lacrymale, coryza).

Lorsque la lésion est profondément située, un symp-

tôme important apparait : l'exophtalmie. Le globe oculaire est dévié du côté opposé à la lésion, l'exophtalmie n'est pas axile comme dans le cas de lésion de l'extrême pointe, mais latérale. Ce signe peut être à peine appréciable et il faut le rechercher avec soin. En explorant la motilité de l'œil, on peut observer une simple gêne dans les mouvements dont l'amplitude est diminuée ou une paralysie musculaire bien nette. Des lésions plus étendues peuvent immobiliser l'œil qui est figé dans l'orbite. Le strabisme est soit convergent, soit divergent et la diplopie suivant la déviation est homonyme ou croisée. Les troubles circulatoires se traduisent par de l'œdème des paupières et du chémosis. La pupille a ou non conservé son diamètre normal et elle réagit plus ou moins à la lumière. La vision est conservée, ce n'est que dans les cas à évolution prolongée que l'on note des troubles visuels et des lésions du fond d'œil. Dans les lésions profondes, la pression sur le globe réveille bien souvent une douleur qui indique la présence du processus morbide innaccessible à l'exploration directe. Les lésions situées sur la partie antérieure des parois, sont perçues à l'examen direct, et elles peuvent envahir la marge de l'orbite.

Dans la forme aiguë, à début brusque, les douleurs sont très vives, les paupières rouges et œdématiées, il y a du chémosis. Si la lésion peut être atteinte, sa palpation est très douloureuse. La gomme tend à s'ouvrir à l'extérieur et c'est dans le cas de lésion profondément située que l'ouverture se fait à la conjonctive. La gravité est grande dans les lésions de la voûte orbitaire, le malade peut mourir de méningite si le traitement n'intervient pas assez tôt.

Brissaud a vu un cas d'épilepsie Jacksonnienne, consécutive à un foyer de méningite, suite de gomme osseuse orbitaire. Chez un malade de Boulangier, les

accidents apparus brusquement avaient fait songer à une méningite de la base. La propagation vers le fond de l'orbite peut donner lieu au syndrome de la fente sphénoïdale et du canal optique, l'infection secondaire donne lieu au tableau du phlegmon de l'orbite. Il peut également y avoir thrombose des veines ophtalmiques et des sinus cérébraux comme dans les faits rapportés par Berlin.

Dans la forme chronique, la marche des lésions est lente, la douleur est légère, c'est progressivement que la tuméfaction s'avance vers la marge de l'orbite où l'on perçoit une induration peu sensible. Cette masse peut tardivement se ramollir, s'ouvrir, et donner issue à des parcelles d'os nécrosé. Lorsque la tumeur est constituée par une exostose syphilitique, qui peut apparaître sans signes d'inflammation antérieure, l'évolution est aphlegmasique.

Pour Rollet, c'est l'os planum et l'angle supéro-interne de l'orbite qui sont les lieux d'élection de ces productions. La palpation fait percevoir une masse dure insensible à la pression.

Dans une observation de Bull, que nous rapportons plus loin, il existait une exophtalmie en bas et en avant, de la diplopie, causées par une exostose de l'ethmoïde.

Comme complications, il faut citer la production d'hémorragies et de décollement de la rétine. Huber, dans un cas de syphilome orbitaire, a observé de la névrite optique et un décollement retinien. Enfin, dans une observation d'Alexander, une gomme du rebord supérieur de l'orbite se prolongeait en dehors sur le frontal, en dedans sur le plafond de l'orbite, il existait une paralysie partielle des nerfs maxillaires supérieur et inférieur avec paralysie de tout le trijumeau sensitif et kératite neuro-paralytique. Le pronostic des ostéopériostites syphilitiques pariétales est

donc grave, en raison des complications qui peuvent apparaître de par leur extension vers le fond de l'orbite, vers la cavité cranienne, ainsi que par les lésions cornéennes qui peuvent survenir.

Observation XIX (Galezowski)

Mme S..., âgée de trente-sept ans, vint me consulter le 19 novembre 1878 pour une exophtalmie très prononcée de l'œil gauche avec diplopie, dont elle a éprouvé les premières atteintes vers la première moitié du mois d'avril avec des maux de tête, des nausées et des éblouissements qui se sont prolongés pendant plus de quatre semaines. Depuis trois jours, elle a commencé à voir double ce qui l'a décidée à venir me consulter. En examinant la malade, j'ai pu constater les phénomènes suivants : l'œil gauche est saillant et se laisse difficilement refouler dans l'orbite ; le bord orbitaire supérieur est très tuméfié, surtout dans sa moitié externe ; la malade accuse une diplopie homonyme ce qui est dû à la paralysie incomplète de la sixième et de la quatrième paire de l'œil gauche ; on constate, en outre, une kératite ponctuée dans le segment supérieur des deux cornées. L'œil est larmoyant et la malade accuse des névralgies, très violentes le soir et la nuit dans le pourtour de l'orbite gauche. Dans les antécédents de Mme S..., nous trouvons bien les indices de la syphilis acquise malgré ses dénégations. Ainsi, elle a perdu beaucoup de cheveux et présente actuellement un certain degré d'alopécie. Le premier enfant qu'elle a eu à l'âge de vingt-deux ans est venu au monde mort-né ; deux ans après, elle a eu un second enfant très chétif qui est mort à l'âge de trois mois ; un an plus tard, elle a eu un troisième enfant qui mourut à quatre mois ; enfin, le quatrième est né un an plus tard, il vit et se porte très bien. Cette mortalité est incontestablement due à la syphilis, comme cela a été très bien démontré par Fournier ; l'existence de la kératite ponctuée avec la périostose complète selon moi le diagnostic.

C'est en raison de tous ces accidents que nous avons

prescrit à la malade des frictions hydrargyriques à faire tous les soirs au pourtour de l'orbite ; deux bains de vapeur par semaine et l'iodure de potassium 2 grammes par jour pendant quinze jours, pour augmenter la dose jusqu'à 4 grammes. Sous l'influence de ce traitement, le mieux s'est déclaré rapidement et, le 3 décembre, j'ai pu constater la disparition de tous les accidents, ainsi que de l'exophtalmie et de la périostose orbitaire.

Observation XX

(Galezowski, Archives Générales de Médecine, 1871)

Mme Bl... P..., âgée de trente ans, demeurant à Paris, vint me consulter le 28 août 1869, pour son œil gauche dont elle souffrait depuis huit mois. Cet œil était fortement projeté en avant et les paupières ne pouvaient plus le recouvrir ; en même temps, on constatait une paralysie complète de la paupière supérieure et de toutes les autres branches de la troisième paire. La sixième paire était aussi paralysée, l'œil était complètement immobile et dévié fortement en dehors ; la pupille médiocrement dilatée, mais la malade ne veut à aucun prix qu'on lui mette le collyre d'atropine, disant qu'elle a souffert toujours beaucoup chaque fois que d'autres oculistes l'ont instillé dans l'œil affecté.

L'examen ophtalmoscopique, fait en présence des Docteurs Baguenet et Paul, m'a permis de constater une atrophie marquée de la papille, quoique la malade distingue à compter les doigts. En explorant le rebord orbitaire, on constate facilement la présence d'une tumeur demi-solide entre le globe de l'œil et le bord inférieur de l'orbite. Le globe et la tumeur ne se laissent point refouler en arrière. A l'auscultation, on n'entend point de bruit de souffle. La malade a eu tous les signes de l'affection syphilitique secondaire, et elle a encore les glandes du cou fortement engorgées. Depuis un mois, elle souffre de douleurs atroces dans toute la moitié de la tête, surtout la nuit. Un oculiste allemand voulait lui enlever l'œil et la tumeur, mais elle n'a pas consenti à cette opération.

Il était évident pour moi qu'il s'agissait d'une tumeur périostique de la paroi inférieure de l'orbite, mais pour être sûr qu'il n'y avait point de liquide dans la tumeur, j'ai fait une ponction ; il s'en est écoulé quelques gouttes d'un liquide rougeâtre. Prenant en considération toutes ces circonstances, j'avais diagnostiqué une périostose gommeuse et je prescrivais en conséquence un traitement mixte. J'ai commencé par administrer 2 centigrammes de sublimé par jour, et suivant le conseil du Docteur Clerc, j'ai porté rapidement la dose à 4 centigrammes. En même temps, j'ai fait prendre 2 grammes par jour d'iodure de potassium et deux semaines après 4 grammes par jour. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs de tête cessèrent rapidement, mais l'œil n'a repris que très lentement ses mouvements. Ce n'est qu'au bout de six mois de traitement énergique que l'exophtalmie a complètement disparu, l'œil a repris ses mouvements, mais la vue s'affaiblit au point que c'est à peine si elle peut voir l'ombre des objets.

Observation XXI (Blessig — Thèse Chaigneau)

Un cabaretier de trente-et-un ans, qui avait eu une ulcération de la verge il y a treize ans et n'avait pas présenté de troubles depuis lors est atteint, en 1893, de lésions nasales qui guérissent après application d'un traitement mercuriel.

En Avril 1894, exophtalmie de l'œil droit et douleurs dans l'orbite et la tempe droite ; les mouvements oculaires sont considérablement limités ; pas de lésions ophtalmoscopiques, si ce n'est une légère stase veineuse. L'acuité est réduite à 0,1 alors qu'à gauche elle est normale ; douleurs nocturnes troublant le sommeil, pas de fièvre.

On prescrit des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium ; quelques jours après, kératite neuro-paralytique.

Dans la suite, exagération de l'exophtalmie ; on sent en arrière du bord orbitaire inféro-externe des masses dures irrégulières ; les frictions sont remplacées par des injections de salicylate de mercure.

La kératite neuro-paralytique s'améliore et permet de voir le fond de l'œil qui est normal.

Dans la nuit du 12 au 13 Septembre, cécité subite de l'œil droit, avec étroitesse des artères et un peu de stase veineuse.

On pratique l'éviscération de l'orbite, et on trouve dans le contenu orbitaire une tumeur du volume d'une noix, de consistance dure et avec une zone centrale ramollie. On est frappé pendant l'opération de l'anesthésie orbitaire. L'examen microscopique indique la nature gommeuse de la lésion.

Après l'opération, le malade est amélioré pendant quelques semaines, mais un mois après, il revient avec de nouvelles douleurs du côté gauche. On constate un léger degré de névrite œdémateuse, des troubles de la respiration, de la polyurie, de la somnolence, suivie de période d'agitation et de confusion mentale.

Mort le 2 Décembre 1894 ; l'autopsie montre une masse blanchâtre, siégeant dans la dure-mère et occupant toute la fosse cérébrale moyenne droite, la selle turcique, englobant le chiasma et envahissant le lobe temporal.

Observation XXII (Deroubaix)
Résumée par Hennebert et Coppez

TUMEUR GOMMEUSE OCCUPANT SIMULTANÉMENT LE SINUS MAXILLAIRE ET LA PROFONDEUR DE L'ORBITE

Il s'agissait d'un individu du service de M. le Professeur Deroubaix, âgé de 35 ans, atteint d'une exophtalmie très forte de l'œil droit, rattachée à une lésion du sinus maxillaire du même côté, cause occasionnelle de l'exophtalmie. Il y avait atrophie complète du nerf optique du côté correspondant. Le patient devait subir l'extirpation du maxillaire supérieur, quand l'idée que le mal devait être de nature syphilitique vint à l'esprit du professeur Coppez, appelé en consultation. Le professeur Deroubaix, comprenant la justesse de l'observation voulut bien, avant de recourir à l'opération, laisser essayer l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Quinze jours ne s'étaient pas écoulés, qu'à la grande stupéfaction du professeur Deroubaix, l'exophtalmie, qui remontait à plus d'un an, avait complètement disparu. Et il eût été difficile, un mois plus tard, de dire lequel des deux yeux avait été projeté en avant. Quant à la vision, par suite de l'atrophie complète du nerf optique, elle était perdue sans retour.

(Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1895).

Observation XXIII (Konigstein — Club Médical de Vienne 1895)

gomme de l'orbite

Ce cas concerne une femme qui, il y a cinq semaines, est venue consulter l'auteur pour une diminution de la vue. A gauche, exophtalmie assez marquée, pas de symptômes inflammatoires externes, tuméfaction prononcée de la région sus orbitaire. On constate un affaiblissement considérable du pouvoir visuel de l'œil gauche, le bulbe ne peut pas se mouvoir également bien dans toutes les directions : diplopie et phénomènes très caractérisés de stase. Au toucher, tumeur du volume d'une petite pomme dans l'os frontal et qui s'étendait au-dessus du rebord orbitaire sur la paroi supérieure de l'orbite. Au niveau du bord orbitaire, la tumeur était élastique, molle fluctuante. En même temps, il existait sur le maxillaire inférieur du côté droit, au voisinage de l'articulation, une tumeur beaucoup plus volumineuse et ayant les mêmes caractères ; en outre, le genou gauche était douloureux et tuméfié.

La tumeur du maxillaire avait été opérée à plusieurs reprises et il avait existé, antérieurement au niveau de la clavicule, une tumeur qu'on avait ouverte ou raclée.

En raison de la multiplicité des tumeurs et de leur caractère en apparence identique, on pensa à un ostéosarcome, d'autant plus que la malade niait énergiquement toute maladie syphilitique. Mais l'aspect relativement bon de la malade, la longue durée de l'affection, ne permettait pas de croire au caractère malin des tumeurs, on diagnostiqua, malgré les dires de la malade, une affection gom-

meuse et on prescrivit l'iodure de potassium à haute dose. Les résultats furent aussi rapides que décisifs. Les tumeurs, les douleurs du genou, l'exophtalmie, la stase papillaire, etc..... disparurent presque complètement. Ce cas est surtout intéressant en ce que les affections syphilitiques de l'orbite sont rares.

(Rapporté in Annales de dermatologie et de syphiligrophie 1895, — Analysée par A. Doyon).

Observation XXIV (Mansilla — Révista de Médicina y cirurgia practicas — Madrid, 1894)

GOMME SYPHILITIQUE DE L'ORBITE

Les gommes de l'orbite sont très rares ; on peut les confondre avec les périostites et les ostéites syphilitiques. Le cas suivant montre combien il faut être circonspect dans les affections de l'orbite : on avait proposé à la malade l'énucléation de l'œil, croyant qu'il s'agissait d'un sarcome de l'orbite. Le Dr Mansilla la guérit par le traitement spécifique. Il s'agit d'une femme de 26 ans qui contracta la syphilis de son mari. Sept ans après le début des accidents, elle éprouve de vives douleurs à la tête et dans la région orbitaire, puis survient de l'exophtalmie. Diminution considérable des mouvements de l'œil ; chémosis intense, œdème palpébral ; vives douleurs péri-orbitaires et surtout dans la sphère du maxillaire supérieur droit. A la palpation, on reconnaît une masse arrondie entre le globe oculaire et la paroi de l'orbite, il est impossible de dire si elle est ou non fluctuante. Rien à l'auscultation du globe de l'œil.

Myopie de 13 D du côté malade et de 10 D du côté sain, Staphylôme postérieur du côté malade : infiltration séreuse de la papille et de la rétine.

En raison des antécédents de la malade, de lésions cutanées et d'une ostéite du tibia, l'auteur porte le diagnostic de gomme syphilitique du fond de l'orbite.

Traitement mixte : guérison rapide. Néanmoins l'acuité visuelle ne s'est pas améliorée, même après la disparition de la gomme.

(Rapportée in Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1895. — Analysée par Paul Raymond).

Observation XXV (Thèse Chaigneau)

B.... Jean, trente-deux ans, ne présente aucun antécédent spécifique, ni héréditaire, ni acquis.

En 1905, il reçut dans la région fronto-pariétale gauche, une pierre qui fit une plaie du cuir chevelu et produisit une ecchymose palpébrale.

En Juillet 1907, il éprouva une certaine gêne dans les mouvements de l'œil gauche, puis apparut de la diplopie ; ces symptômes ne s'accompagnaient d'aucune douleur. Depuis cette époque, ces troubles allèrent en augmentant lentement, mais régulièrement ; en Novembre 1907, apparut de l'exophtalmie et le malade vint consulter le 8 Janvier 1908 ; depuis une semaine, sont apparues des douleurs très vives, plus intenses la nuit que le jour et siégeant autour de l'orbite gauche avec irradiation au sommet de la tête et dans le maxillaire supérieur.

L'œil droit est normal. O D : V = 1.

Les paupières de l'œil gauche sont légèrement injectées et closes, mais il n'y a pas paralysie du releveur ; il existe une exophtalmie axile légère, mais irréductible, les mouvements du globe sont limités surtout en haut et latéralement ; il y a de la diplopie latérale homonyme et croisée.

Au stéréoscope, fusion binoculaire ;

Au diploscope, vision binoculaire O G V = 2/3.

L'examen du sang ne décèle rien d'anormal (Carlotti).

Les douleurs augmentant, M. le Dr Morax, fait le 18 janvier 1908, une orbitotomie externe et avec le doigt sent au voisinage du sommet de l'orbite une masse dure, du volume d'une amande, implantée sur la paroi osseuse et non mobilisable avec le doigt.

20 Janvier. — On fait au malade une piqûre d'huile grise.

Les douleurs sont amendées par le pyramidon.

27 Janvier. — Nouvelle piqûre ; les douleurs s'atténuent mais l'exoptalmie ne diminue pas.

4 Février. — Troisième piqûre d'huile grise ; le champ d'excursion du globe est plus développé.

Le malade sort du service le 5 mars 1908, il a eu huit injections ; les douleurs ont considérablement diminuées, l'exophtalmie aussi, l'amplitude des mouvements a augmenté.

25 Juillet 1908. — Il rentre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur de Lapersonne. Nous avons eu les renseignements qui suivent par l'intermédiaire de M. Duverger, interne du service ; le malade se plaint alors de douleurs vives au niveau de l'arcade orbitaire, survenant par crises irrégulières, mais se produisant plus fréquemment la nuit ; elles sont augmentées par la pression au niveau du point d'émergence du sus-orbitaire ; il y a encore une légère exophtalmie et une limitation des mouvements d'adduction.

O D. — 1 d. V = 1.

O G. — 1 d. V = 1.

On fait comme traitement des piqûres intraveineuses de cyanure d'hydrargyre à 0 gr. 01 cent. tous les deux jours, et le malade prend 0 gr. 50 cent. d'iodure de potassium par jour.

Il se produit des alternatives de bien et de mal jusqu'en Octobre 1908 ; à ce moment, il se plaint d'avoir la vue trouble et on constate alors à droite et à gauche des lésions de chorio-rétinite pigmentaire très abondantes à la périphérie, mais laissant indemne la région papillo-maculaire. Le champ visuel est légèrement rétréci ; mais le champ de fixation est plus étendu et il n'y a de la diplopie que dans le regard à droite.

En Janvier 1909, nous avons revu ce malade, sorti depuis peu de l'Hôtel-Dieu ; son état général est bon, il mange et dort bien, mais il a encore quelques douleurs dans l'orbite gauche.

Plus d'exoptalmie ; mouvements normaux, sauf ceux d'adduction. Un peu de diplopie.

O D V = 5/35, avec. — 1 d. V = 1.

O G V = 5/35, avec. — 1 d. V = 1.

Les lésions du fond sont les mêmes, le champ visuel est normal.

Depuis cette époque, le mieux n'a fait que s'accentuer, on a recommencé en Mai une série d'injections.

Observation XXVI (Rollet et Grand-Clément. — Société d'Ophtalmologie de Lyon — 1909)

GOMME SYPHILITIQUE DE L'ORBITE ; KÉRATITE INTERSTITIELLE

MM. Rollet et Grand-Clément présentent un enfant de 12 ans, dont voici l'histoire : Il est amené en Juin 1909 par sa mère à la consultation de l'Hôtel-Dieu, parce que depuis un mois environ l'œil gauche est devenu saillant et ne voit plus.

On constate, en effet, une exophtalmie de l'œil gauche. Cet œil est repoussé en avant et un peu en dehors dans l'axe de l'orbite. Les mouvements sont extrêmement limités. Il n'existe aucun phénomène inflammatoire, pas de chémosis. L'exophtalmie s'est installée petit à petit sans douleurs. La vision est complètement nulle, l'enfant ne perçoit même pas la lumière. Immobilité complète de la pupille qui est légèrement dilatée et ne réagit ni à la lumière, ni à l'accommodation ; elle ne réagit pas consensuellement.

Les milieux oculaires sont très transparents et à l'ophtolmoscope on trouve une légère névrite optique avec un peu d'œdème.

On ne sent aucune tumeur à la palpation.

L'œil droit a une vision normale, mais une pupille un peu floue.

On est en outre frappé par le faciès de l'enfant. Le nez aplati à la base, légèrement en lorgnette.

Il existe de la rhinite atrophique avec ozène très accentué. A l'examen de la bouche : Voûte palatine ogivale, destruction complète de la luette, perforation du voile du palais ; enfin, lésion gommeuse en évolution dans le nasopharynx.

Il s'agit incontestablement d'un hérédo-spécifique avec

lésions gommeuses multiples. Il est dès lors facile de faire un diagnostic oculaire.

Il s'agit très vraisemblablement d'une gomme orbitaire, peut-être même d'une gomme du nerf optique lui même.

Il est en effet dans cette observation, un point difficilement explicable par une gomme ayant simplement comprimé le nerf optique, c'est la disparition rapide et complète de toute sensation visuelle. Il faut que le nerf ait été détruit dès le début. Une gomme des gaines nous semble très probable.

Mais l'histoire de ce malade ne s'arrête pas là. Il quitte le service au bout de deux mois. L'exophtalmie avait disparu, les mouvements oculaires étaient revenus, la pupille était atrophiée, la vision était nulle. Quelques semaines après, il nous est ramené non plus pour l'œil gauche, mais pour le droit, et nous constatons l'existence d'une kératite interstielle typique.

Observation XXVII (Alexander)

Le nommé R..., négociant, âgé de 42 ans, a eu un chancre induré à la verge quatre ans auparavant. Malgré cela, pas d'éruptions, ni d'accidents secondaires importants. Pas de traitement antisyphilitique suivi : douleurs de tête insupportables, précédées il y a trois mois par des douleurs ostéocopes principalement dans les membres inférieurs. Exophtalmie en bas et en dehors, diplopie externe. Il existe une tumeur saillante et plate à la face interne et supérieure de l'orbite facilement accessible au doigt.

On note l'injection conjonctivale, avec tuméfaction de la paupière supérieure. Rien au fond de l'œil. On administre les spécifiques à haute dose, on fait des frictions mercurielles et on administre l'iodure de sodium à haute dose environ 6 grammes par jour.

La guérison est d'abord lente, puis commence le ramollissement suivi d'une légère diminution de la tumeur qui ne tarde pas à disparaître de même que tous les accidents.

Observation XXVIII (Compana, Giornale italiano delle Malattie venero delle anno 1871)

Homme, âgé de 30 ans, ayant eu un chancre induré dix ans auparavant avec adénite inguinale et cervicale ; douleurs présternales et préarticulaires avec exacerbations, ulcères du gosier, éruption pustuleuse de la face et du tronc.

Durant ces dernières années, tumeur se dirigeant vers le grand angle de l'œil, d'abord dure et insensible, puis se ramollissant, s'ulcérant et donnant issue à quantité de pus blanchâtre. L'ulcération dura deux mois puis survint une deuxième tumeur sur le plancher de l'orbite qui fut du volume d'une pomme. Le traitement spécifique la ramollit et la fit disparaître en laissant comme trace de son passage une petite dépression osseuse, un an après nouvelle douleur sur le plancher de l'œil qui s'étendait au maxillaire supérieur de l'apophyse zygomatique avec léger abaissement du pouvoir visuel et exophtalmie. On sentait à l'angle externe de l'œil une tumeur douloureuse à la pression qui, ponctionnée, donna une petite quantité de liquide, le stylet indique la carie mais sans pièces osseuses détachées ; la carie de l'œil envahit l'os malaire. L'orbite guérit complètement par le traitement approprié.

Observation XXIX (Ricord. Rapportée dans l'ouvrage de Demarquay : « Tumeurs de l'orbite », 1860)

Mme ***, âgée de cinquante-et-un ans, se présente à mon observation les premiers jours de décembre 1859. Elle était affectée alors d'une exostose frontale du côté gauche, du temporal du côté droit et d'une tumeur de même nature de l'os malaire du même côté. L'œil droit était saillant, en partie chassé de l'orbite et dévié en dehors de manière à donner lieu à un strabisme fortement divergent.

Il résultait de ce déplacement de l'œil une diplopie, lorsque la malade cherchait à regarder du côté gauche. L'œil droit, dont la pupille est parfaitement semblable à celle du côté opposé, était aussi frappé d'un certain degré d'amblyopie. Les tumeurs du frontal, du pariétal et de l'os

malaire, avaient été précédées et étaient encore accompagnées de douleurs intermittentes nocturnes, s'exaspérant par la chaleur du lit et par la pression.

Il ne pouvait y avoir aucun doute sur la nature des tumeurs osseuses dont cette malade était affectée. Il s'agissait bien chez elle de périostoses plastiques ou d'exostoses épigéniques. Cette dame avait eu, en 1854, un chancre induré avec adénopathies indolentes multiples, par conséquent chancre infectant. Elle avait alors subi un traitement mercuriel et ioduré mais insuffisant. En 1856, je lui avais donné des soins pour une syphilide pustuleuse de la face, pour des ulcérations profondes de la langue, et pour une syphilide ulcérante serpigineuse de la cuisse et du dos. Un traitement par le protoiodure de mercure et l'iodure de potassium amena la guérison de ces accidents au bout de quatre mois. Depuis cette époque, Mme X... n'avait présenté aucun accident jusqu'au moment où nous la vîmes en décembre 1859.

En se reportant aux antécédents de la malade, aux accidents concomitants si bien déterminés, il était évident que l'exophtalmos devait être produit par une tumeur intra-orbitaire de même nature, ayant pour siège la portion de l'os malaire qui concourt à la formation de la paroi externe de l'orbite. L'œil, en effet, était chassé en avant et avait éprouvé un mouvement de rotation de dedans en dehors sur son axe vertical.

La tumeur périostale ou osseuse de cette portion de l'os malaire présentait cette particularité, qu'elle n'avait été ni précédée ni accompagnée de douleurs ostéocopes de cette région profonde.

J'avais d'abord attribué le strabisme externe à une paralysie partielle de la troisième paire, c'est-à-dire du droit interne. La parfaite intégrité du diamètre de la pupille aurait pu permettre de croire à une rétraction ou à une contracture du droit externe. Mais la facilité avec laquelle la malade pouvait sous l'empire de la volonté, faire exécuter à l'œil tous les mouvements, me permet de conclure qu'il n'y avait qu'un déplacement mécanique de l'œil, sans lésion nerveuse ou musculaire. Le peu d'amblyopie

existant était le résultat d'une simple compression sur le globe oculaire et d'un peu de tension du nerf optique. Du reste, cette malade soumise, le 13 décembre 1859, à l'usage des tisanes amères et de l'iodure de potassium, successivement porté de 1 à 3 grammes par jour, s'est représentée à nous, le 15 janvier 1860, dans les conditions suivantes : les douleurs ostéocopes ont complètement cessé ; il existe à peine encore du strabisme ; l'œil droit n'est pas plus saillant que le gauche, la diplopie et l'amblyopie ont complètement disparu. Il existe encore une légère saillie de la portion faciale de l'os malaire et des tumeurs craniennes. Un mois de traitement a presque suffi pour amener la guérison de ces accidents.

Observation XXX (Ducamp, Société d'ophtalmologie de Paris, 1914).

SYPHILIS RÉGIONALE DE L'ORBITE

M. Ducamp présente une jeune femme, âgée de 28 ans, atteinte de syphilis régionale de l'orbite du côté gauche. Cette malade chez laquelle on ne retrouve ni antécédents, ni stigmates de syphilis, mais qui a présenté il y a trois ans, une protusion de l'œil droit guérie par le traitement mercuriel, souffre depuis plus de deux ans d'une protusion oculaire marquée du côté gauche.

Cette protusion est due à une ostéopériostite de la partie interne et antérieure de la paroi supérieure de l'orbite qui s'accompagnait, en août 1913, d'une stase papillaire très marquée avec baisse importante de l'acuité visuelle.

A cette époque, il existait déjà un bourrelet scléral concentrique à la cornée situé en arrière de la région ciliaire, à la partie supérieure du globe, long de 20 millimètres environ, et large de 3 à 4 millimètres suivant les points. La cornée présentait à sa partie supérieure une opacification large de 2 millimètres environ, avec vascularisation interstitielle sans lésions épithéliales. Pas d'adénopathie.

Depuis cette époque et malgré l'existence d'un Wassermann négatif, la malade a reçu trois séries de 12 piqûres de 0,02 centigrammes de benzoate de mercure et 2 séries

de six injections intra-veineuses de 914 par doses croissantes débutant à 0,15 centigrammes et atteignant 0,75 centigrammes.

Sous l'influence de ce traitement, l'ostéopériostite a presque complètement disparu ainsi que la stase papillaire, mais le bourrelet scléral-scléro-gommeux n'a pas diminué.

Les lésions cornéennes ont complètement disparu. M. Ducamp attire l'attention sur cette forme particulière de gommes sclérales en bourrelet très dur qui résiste d'une manière remarquable au traitement mixte par le mercure et le néo-salvarsan, tandis que les autres manifestations régionales de la syphilis ont été considérablement améliorées.

Dans toutes les observations jusqu'ici publiées de gommes sclérales le traitement mercuriel avait eu une action rapide.

Observation XXXI (Arcoléo-Morgagni)

Antoine V..., de Naples, négociant en huiles dans la rue C. N. 127, âgé de quarante-cinq ans, de constitution robuste, de tempérament sanguin, d'embonpoint modéré.

La teinte de la peau est celle qu'on remarque dans les syphilis anciennes et de fait, il a contracté cette maladie en 1861. Il y a eu chancre induré, engorgement glandulaire, avec suppuration d'un des ganglions inguinaux, mais le malade n'a pas su préciser les éruptions cutanées qui peuvent l'avoir atteint. Il accuse du prurit abdominal mais ce n'est pas là un indice certain de la roséole syphilitique. Il aurait eu aussi quelques légers troubles pharyngés. En même temps, il aurait ressenti des douleurs ostéocopes très vives qui se généralisaient à tous les os et le rendirent complètement impotent et qu'il prit pour des douleurs rhumatismales. Ces douleurs ont du reste complètement disparu depuis onze ans.

V..., raconte qu'en 1878, il se produisit près de l'arcade orbitaire droite une tumeur de petit volume, de la grosseur d'une pièce de 10 centimes. La marche de cette tumeur a échappé au malade qui ne s'est adressé au médecin que

quand il était déjà dans un état déplorable. En décembre, le malade n'avait fait aucun traitement spécifique contre cette tumeur qui s'était développée au niveau du sourcil. En décembre 1878, on lui aurait donné le conseil de faire extirper l'œil, parce qu'on considérait cette tumeur comme de mauvaise nature ; voici ce que je constatai à cette époque : l'œil était visiblement saillant en avant et visiblement aussi comprimé en haut et en dehors de telle sorte qu'il y avait strabisme divergent en bas et en dehors.

Observant les régions, le malade me dit qu'il les avait toujours eues un peu insensibles (addormentati). Je ne pus donc noter d'exostose locale ni d'asymétrie par rapport au côté opposé, mais seulement un léger degré d'œdème. La paupière supérieure ne recouvrait plus l'œil ; celui-ci s'était congestionné par l'action de l'atmosphère.

A la palpation, on sentait une tumeur qu'on reconnaissait lisse sur toute son étendue observable, de consistance moyenne ; cependant, en enfonçant le doigt dans la cavité orbitaire, on avait une sensation de mollesse. Cette tumeur occupait presque tout l'angle antéro-interne de la cavité orbitaire débordant également sur la paroi supérieure et sur la paroi interne.

Elle s'étendait du bord sus-orbitaire à l'os unguis. En étudiant l'adhérence de la tumeur, il me sembla qu'elle s'était développée dans le périoste. Malgré l'obscurité des anamnestiques et bien que l'âge du sujet pût faire penser à une tumeur de mauvaise nature, je penchai vers l'idée d'une gomme syphilitique. En conséquence, j'ordonnai de l'iodure de potassium et une pommade à la belladone et au mercure dont on devait frictionner la région malade. Je recommandai également des frictions mercurielles pour soulager les douleurs, je recommandai un collyre au sulfate d'atropine : 0,05/15 grammes d'eau ; peu de jours après, le malade m'avertit qu'il supportait bien le traitement et que la douleur s'apaisait ; je l'examinai à l'ophtalmoscope et trouvai tout normal dans le fond de l'œil. Le professeur Castorani, auquel je montrai le malade, approuva mon diagnostic et mon traitement ; j'augmentai la dose d iodure à 3 grammes par jour ; au milieu de Mai,

l'amélioration était bien positive. Il n'y avait plus de douleurs et la tumeur était un peu diminuée.

Vers Décembre, la paupière droite était encore un peu plus basse que celle du côté gauche et un peu œdémateuse ; l'œil droit se montrait synergiquement avec celui du côté opposé et il n'y avait plus de strabisme. La tumeur était réduite à un tout petit noyau qu'on sentait en enfonçant le doigt dans l'angle antéro-supérieur de la cavité orbitaire, l'ophtalmoscope montrait l'intégrité des membranes du milieu de l'œil. Pas de diplopie, ni avant, ni après, sauf à de rares intervalles et à un degré très faible.

Observation XXXII (Soloweitschick)

T... S..., trente-trois ans, ordonnance d'officier, est examiné le 25 novembre 1862. Il présente à cette époque des ulcérations de la verge sans caractères nets et des ganglions inguinaux qui suppurent. On le met au traitement mercuriel : pilules de sublimé, l'ulcération s'agrandit et se cicatrice enfin.

En avril 1863, il se plaint de céphalée ; ses cheveux tombent. Il fait une pneumonie. La céphalée continue jusqu'au 7 mai, moment auquel se produit une tuméfaction rougeâtre et œdémateuse sur le bord supérieur de l'orbite gauche. Exophtalmie : celle-ci disparaît légèrement par le traitement mercuriel. Les douleurs de tête paraissent localisées à gauche.

1er Juin. — Exophtalmie, céphalée vive.

9 Juin. — Céphalée, vomissements, coma, mort.

A l'autopsie, on trouve une exostose de la paroi supérieure de l'orbite comprimant le lobe frontal. Méningite.

Observation XXXIII (Alexander)

Le nommé C... P... a eu il y a longtemps, à la suite d'une échancrure du gland, des accidents buccaux, pharyngés et laryngés. Il a eu, en outre, des accidents osseux manifestes à la face interne du tibia. Du côté de l'œil gauche il s'est aussi développé des accidents semblables à évolution lente et graduelle précédés de maux de tête.

Actuellement, il existe une exophtalmie allant de dedans en dehors. On voit une tumeur assez volumineuse en dedans du côté de l'angle supérieur et interne de l'œil. Les mouvements de l'œil sont limités dans cette direction. La tumeur est facilement accessible au doigt.

Mon collègue de l'Hôpital d'Aix-la-Chapelle, auquel je l'avais envoyé, a immédiatement prescrit le traitement à l'iodure de potassium à haute dose auquel il a adjoint les frictions mercurielles, de même que les bains chauds d'Aix-la-Chapelle.

La guérison rapide de tous les accidents ne s'est pas faite longtemps attendre.

Observation XXXIV (Mackensie)

NODUS SYPHILITIQUE DU FRONTAL ET DE LA VOUTE ORBITAIRE

John M..., âgé de quarante-et-un ans, homme gros, osseux et bien développé, se présente à la consultation externe de Moorfields, pour un gonflement considérable du frontal à la partie supérieure de l'orbite ; l'œil est poussé en bas et en avant. Ses antécédents et des symptômes encore existants ne permettent pas de méconnaître la nature du mal. Il raconte avoir eu, il y a dix ans, un chancre induré et un bubon qui n'a pas suppuré, le tout suivi de symptômes secondaires de longue durée. Il a subi avec avantage un traitement mercuriel interne et des frictions, tous les symptômes ont alors disparu. Depuis, il a eu des attaques de rhumatisme que soulageait l'iodure de potassium et, dans plusieurs occasions, des nodus sur le tibia guéris par des vésicatoires. La tumeur actuelle du frontal existe depuis six semaines ; pendant ces derniers jours son volume a augmenté très rapidement, elle est très ferme et dure, mais douloureuse et très sensible au toucher ; elle paraît s'étendre dans l'orbite, déplaçant l'œil en avant et en bas. Il n'y a pas de symptômes cérébraux. Trois grammes d'iodure de potassium trois fois par jour ; frictions sur la tumeur matin et soir avec la pommade à l'iodure de potassium. Au bout de trois mois de traitement, la tumeur disparut complètement.

Observation XXXV (Hamilton)

Mary P..., âgée de trente-trois ans, a eu trois grossesses ; ses deux premiers enfants sont bien portants. A sa troisième grossesse, elle fit une fausse couche de sept mois et vint consulter trois mois après.

Elle souffre alors de douleurs dans l'œil gauche, plus vives la nuit et empêchant le sommeil. Il y a de l'exophtalmie et de la diplopie dans le regard en bas. Les paupières surtout la supérieure, sont gonflées et d'un rouge sombre.

L'iris est de couleur verdâtre, la pupille de grandeur naturelle, mais ovale, transversalement. Myodisopie, vertiges. On diagnostique un abcès ou une tumeur de l'orbite. Le traitement, sangsues, ventouses, vésicatoires, purgatifs, n'a aucun succès. On prescrit de l'oxymuriate de mercure.

Les chirurgiens de Meath où est hospitalisée la malade, bien que d'opinions diverses, ont tous l'impression qu'il s'agit d'une lésion affectant le cerveau et ne se résolvent pas à extirper le globe oculaire.

La malade sort, est revue par Hamilton, qui découvre une douleur très vive localisée à la partie supéro-interne de l'orbite. A ce moment, la malade apprit à son médecin qu'elle avait été infectée huit ans auparavant par son mari et qu'elle avait eu des accidents secondaires : roséole, plaques muqueuses, iritis et depuis quatre ans douleurs ostéocopes.

On prescrivit alors du calomel à l'intérieur et après six semaines de traitement, il y eut une grosse amélioration, les douleurs ont cessé, l'exophtalmie est réduite, la vision améliorée. Neuf mois après le début de la maladie, il n'y avait pas de différence entre les deux yeux pour l'aspect ; à gauche, la vue était un peu moins bonne.

Observation XXXVI (Braquehaye et Terson)

La nommée B... Marie, âgée de 56 ans, est entrée le 20 Janvier 1893, salle Saint-Agnès, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Elle se plaignait d'une tumeur survenue sans cause appréciable dans la région du sinus frontal.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Santé habituellement bonne, elle dit être sujette à des céphalées survenant la nuit. Quand on examine sa voûte palatine on y trouve une cicatrice gaufrée nettement visible, dont le grand angle est parallèle à celui de la voûte elle-même. La lésion qu'elle a eue en cet endroit a sans doute évolué silencieusement, car la malade dit ne jamais avoir souffert du palais et n'y avoir jamais rien observé d'anormal. Elle ignore donc la date de cette lésion. A part cela, aucun signe de spécificité. Pas d'éruption, pas de maux de gorge, jamais d'arthralgie ni de fièvre à caractère nocturne et sudoral. Rien à la vulve, à l'anus, aux yeux, aux oreilles, au pharynx, ni à la langue. Pas de chute prématurée des cheveux.

Au mois de septembre dernier, en pleine santé, elle remarqua tout à coup que son œil droit était gêné ; il était comme comprimé et il existait alors une petite tumeur à l'angle supéro-interne de l'orbite ; de plus, disait-elle, sa paupière supérieure était abaissée et elle ne la soulevait que très peu et avec effort. Après un repos de trois jours environ, ce phénomène disparut pour se reproduire quelque temps après, et dans la suite à diverses reprises elle nota la disparition et la réapparition de ce phénomène. En même temps, ces attaques devenaient plus fréquentes et duraient plus longtemps, la grosseur augmentait et chassait l'œil de l'orbite. Ce n'est qu'en Janvier qu'elle se décida à entrer à l'hôpital où elle fut reçue salle Saint-Agnès.

On constate alors à la vue un ptosis très marqué du côté droit.

L'œil de ce côté est en strabisme externe et présente de la diplopie croisée, il n'y a pas de paralysie du droit interne.

Exorbitisme et empâtement dans la région supéro-interne de l'œil, pas de douleurs. En palpant la région malade, on sent une tumeur volumineuse, dure, de consistance osseuse à l'angle supérieur interne de l'orbite, au voisinage du sinus frontal.

La consistance de cette tumeur est à noter, sa périphérie est dure, osseuse, adhérente à l'os, mais son centre est

moins dur et donne au doigt une consistance qui rappelle le sarcome. Elle s'accompagne d'anosmie.

A cause des accidents douteux présentés par la malade, on la soumet au traitement spécifique dès son arrivée. (Mercure et iodure de potassium).

Le 1er Février. — On note déjà une diminution notable dans le volume de la tumeur qui a diminué surtout dans sa portion molle centrale, restant encadrée à sa périphérie d'un bourrelet osseux. Le strabisme est à peine marqué, pas de diplopie. L'anosmie a disparu. Ptosis à peine marqué.

Elle quitte l'hôpital guérie, ayant encore une tumeur osseuse en couronne à l'angle supéro-interne de l'orbite droit, mais la tumeur centrale a disparu. Plus de ptosis, ni de strabisme.

Elle continue chez elle le traitement spécifique.

Observation XXXVII (Galezowski)

TUMEUR GOMMEUSE SYPHILITIQUE DE L'ORBITE DE FORME ANNULAIRE S'AVANÇANT DANS L ÉPAISSEUR DES DEUX PAUPIÈRES.

M. G..., quarante-et-un ans, manœuvrier, homme robuste, se présente à la consultation de la rue Dauphine le 25 Janvier 1878, pour consulter sur son œil droit atteint d'exophtalmie. Cette affection s'est développée lentement depuis plus d'un mois ; elle a été précédée de quelques maux de tête, qui ont aujourd'hui complètement disparu. La tumeur est mobile et non adhérente à l'os, elle enveloppe le globe de l'œil dans les deux tiers de son pourtour ; par la palpation, on la sent à travers la paupière inférieure, entre le plancher orbitaire et le globe de l'œil, sous forme d'un bourrelet élastique, aplati, qui s'avance dans l'épaisseur de la paupière jusqu'à la base du tarse.

On sentait cette tumeur dans la paupière supérieure, aussi bien que dans l'angle externe, tandis qu'elle n'existait pas du côté de l'angle interne de l'œil.

En écartant la paupière, on pouvait sentir facilement cette même tumeur à travers la muqueuse oculaire. Le malade accusait de la diplopie homonyme ou croisée,

selon que l'on portait la bougie fortement à droite ou à gauche ; elle était due non point à une paralysie des nerfs moteurs de l'œil, mais à une gêne des mouvements du globe oculaire.

La pupille de l'œil droit est irrégulière, elle présente de nombreuses synéchies postérieures par suite d'une iritis que le malade avait eue un an avant.

Tous ces accidents sont dûs à une syphilis que le malade a contractée en 1875 et dont il ne s'est jamais bien soigné. En raison de ces accidents, nous avons prescrit les frictions mercurielles générales à la dose de 4 à 6 grammes d'onguent mercuriel par jour et l'iodure de potassium de 2 à 4 grammes par jour. Ce traitement a été suivi d'une amélioration très sensible et déjà le 23 février, nous avons pu constater que les deux tumeurs étaient très notablement diminuées, mais la diplopie ne s'était pas encore modifiée.

Le 20 Mars. — La diplopie a disparu depuis trois jours, les tumeurs ont presque complètement disparu, c'est à peine si à une palpation minutieuse on retrouve une trace de cette tumeur. Nous avons eu l'occasion de revoir le malade au commencement du mois de Mai et nous avons pu constater la disparition complète des tumeurs.

Observation XXXVIII (Bull)

Femme de 32 ans, date du chancre inconnue ; dix ans auparavant, ulcère de la rotule droite qui persiste très longtemps. Puis, ulcération de l'isthme du gosier et dacryocystite du côté droit. Il survint ensuite de la carie de l'os malaire, de la partie supérieure du maxillaire supérieur, de la base, de la face interne de l'orbite et des cellules ethmoïdales. Il y avait de l'irido-cyclite gommeuse et des lésions très prononcées du côté de la cavité nasale.

Guérison après huit mois de traitement.

Observation XXXIX (Bull)

Charles R..., 45 ans, exophtalmie légère en bas et en dehors, au niveau de l'œil droit. Il y a sept ou huit mois, douleurs violentes qui ont complètement disparu.

L'exophtalmie date de deux mois, diplopie croisée, vision normale, pas de troubles du fond d'œil. A l'examen, la palpation avec le doigt de la cavité orbitaire, démontre qu'il existe en haut et en dedans une exostose volumineuse de l'ethmoïde. Exostose douloureuse sur le tibia et sur la clavicule. Le traitement spécifique fit rapidement disparaître ces accidents.

Observation XL (Bull)

Homme de 46 ans, vu pour la première fois en juin 1875. Chancre douze ans auparavant. On note dans les antécédents des lésions syphilitiques graves et multiples. Il existait sur le corps des accidents papulaires multiples. Depuis cinq semaines, douleurs violentes aux tempes et à l'œil droit que rien ne soulageait. Exophtalmie en bas et en dehors. Le niveau de l'œil était abaissé au-dessous de la racine du nez. Le globe oculaire était très limité dans ses mouvements : gonflement considérable des paupières avec chémosis marqué de la conjonctive bulbaire.

Douleurs très vives à la pression du rebord orbitaire, neuro-rétinite, foyers hémorragiques rétiniens multiples, vision réduite à la distinction de la lumière, de l'obscurité. Cinq ans auparavant, nécrose de la partie supérieure du frontal et de la partie correspondante du pariétal droit qui persiste pendant sept mois.

En présence des lésions actuelles, on institue le traitement spécifique ; cinq jours après, signes de fluctuation au niveau du rebord orbitaire supérieur. Incision à ce niveau. L'exploration au stylet démontre qu'il existe une carie de la face supérieure et interne de l'orbite.

On laisse la plaie ouverte et l'on retire de temps en temps des morceaux d'os, entr'autres un gros morceau de l'ethmoïde. Au bout de trois mois, guérison, sauf la perte de la vue qui reste complète à cause de l'atrophie du nerf optique.

Six mois après, récidive et mort par méningite.

Observation XLI (Bull)

Homme de 36 ans, très dissipé, vu pour la première fois en novembre 1874. Douze ans auparavant, chancre suivi

de manifestations secondaires d'un caractère bénin. Double iritis il y a six mois qui dure cinq semaines, altère beaucoup la vue. Au moment du premier examen, il est atteint d'une douleur violente de l'orbite à droite.

Les souffrances s'étendaient sur l'os malaire et sur l'arcade zygomatique. Il existait tous les signes d'une périostite très marquée. Exophtalmie convergente, tissu mou très gonflé, difficulté d'ouvrir la bouche, paupière gonflée, œil dévié en haut et en dedans.

La périostite siégeait sur le plancher et la face externe ; de là elle s'était irradiée sur l'os malaire, l'arcade zygomatique et le maxillaire supérieur. Malgré l'intensité du traitement, le mal progressa et il se forma une collection purulente qui s'ouvrit partie à travers la conjonctive, partie à travers la joue. Peu de temps après, la carie gagna le sinus maxillaire, il y eut nécrose complète du plancher de l'orbite et d'une partie de la paroi externe. La guérison s'effectua après enlèvement des séquestres à l'aide de la pince.

Observation XLII (Alexander)

Le marchand M..., âgé de trente-six ans, de Saint-Pétersbourg, se présenta chez Alexander, en juin 1878 ; ce patient, que ses occupations forcent à s'éloigner souvent et longtemps, n'avait encore pu se soumettre à un traitement systématique. Après qu'un ulcère du pharynx et un exanthème étendu à tout le corps se furent montrés dans l'année 1875, il prit du mercure à l'intérieur pendant un peu plus longtemps, mais alors et même maintenant d'une façon irrégulière. Pendant l'année 1877, le malade fut atteint pour la première fois d'une exostose du tibia gauche et de la poignée du sternum qui n'étaient pas encore guéris le jour de son arrivée à Aix, malgré l'emploi assez prolongé d'iodure jaune de mercure. A cela s'ajoutaient depuis plusieurs mois de violentes douleurs, envahissant toute la moitié gauche de la face, douleurs qui, par l'insomnie, par un ptyalisme intense ainsi qu'avec un catarrhe buccal chronique, affaiblissaient le malade et augmentaient de violence de jour en jour.

Enfin de plus, depuis trois semaines, il commençait à souffrir de l'œil gauche. A ce moment alors le malade, presque désespéré, consentit à se soumettre à un traitement plus long à Aix et à être débarrassé de son affection.

Alexander trouva chez ce malade les symptômes syphilitiques suivants : A la poignée du sternum, ainsi qu'aux deux tibias, se trouvaient des exostoses très douloureuses ; plus récemment, se montre encore une exostose du bord orbitaire supérieur gauche, exostose qui d'un côté se prolonge loin dans la cavité orbitaire et qui de l'autre se prolonge sur le front jusqu'au cuir chevelu. La paupière et la conjonctive du côté gauche, de couleur jaunâtre, sont insensibles, la cornée, du même côté, parfaitement insensible et légèrement trouble, presque jusqu'à la périphérie, est le siège d'un dépôt central dans ses couches profondes, la tension intra-oculaire est diminuée, la pupille réagit, mais est paresseuse. L'anesthésie s'étend plus récemment également à la moitié gauche du front et au côté gauche du nez ; sur la joue et jusque sous la mâchoire inférieure, le malade ressent mieux et localise exactement une piqûre d'épingle ; le goût et l'odorat sont supprimés du côté gauche.

On prescrit des frictions énergiques et l'iodure à haute dose, l'œil reçoit de l'atropine et un pansement occlusif. Le malade part guéri après un séjour de près de cinq mois à Aix. Les exostoses les plus récentes ont absolument disparues, la sensibilité est revenue dans toute la moitié gauche du visage quoique dans la moitié du front, elle soit un peu moins bonne. La cornée est redevenue claire et brillante et présente une opacité centrale visible seulement à l'éclairage latéral et qui gêne si peu la vision que le malade a une acuité égale à 1. Un an après, le malade communique par une lettre qu'aucun symptôme syphilitique n'a reparu.

Nous avons donc affaire dans ce cas à une paralysie du trijumeau gauche totale pour la première branche et incomplète dans le territoire des deux autres. Les symptômes cérébraux manquaient totalement, les autres nerfs craniens étaient également sains, il fallait donc rechercher

le siège de la lésion à la périphérie ; l'exostose visible du bord orbitaire supérieur, et s'étendant vers le fond de l'orbite, conduisait sûrement à des altérations pathologiques du trajet du rameau ophtalmique du trijumeau, altérations qui s'étendaient alors au ganglion de Gasser et de là causaient les altérations neuro-paralytiques de la cornée. Cessante causa, cessat effectus. Lorsque la périostite de la voûte orbitaire gauche fut apaisée, les signes de paralysie du trijumeau s'apaisèrent également et ainsi fut rendue possible la guérison de la kératite neuro-paralytique.

Observation XLIII (Hennebert et Coppez — Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1895).

EXOPHTALMIE DUE A UN SYPHILOME DE LA FOSSE PTÉRYGO-PALATINE.

Joseph N..., âgé de 40 ans, houilleur, entre le 29 Octobre 1894 dans le service du professeur Coppez. Cet homme n'a jamais fait aucune maladie grave ; il n'accuse aucun antécédent spécifique. Son père est mort à 55 ans, d'une affection inconnue. Sa mère, sa sœur et ses frères sont bien portants.

Il a ressenti, il y a environ neuf mois, des douleurs de tête assez violentes, au niveau de la région temporale droite, ainsi que des névralgies dans les dernières molaires du même côté. Déjà à cette époque, il s'était aperçu d'un peu de gêne dans la respiration nasale à droite. Depuis trois mois, au dire du malade, est apparue une exophtalmie progressive toujours à droite, en même temps qu'à la région temporale correspondante se développait une tuméfaction.

Actuellement, le malade présente les symptômes objectifs et subjectifs suivants : Propulsion considérable de l'œil droit, dont l'acuité visuelle descend à un tiers, celle de l'œil sain étant égale à un. Dans le sens horizontal, les mouvements du globe oculaire sont diminués, dans le sens vertical, ils sont normaux ; légère chute de la paupière supérieure et mydriase à peine marquée ; la pupille réagit peu à la lumière.

L'examen du fond de l'œil révèle une dilatation modérée des veines de la papille. La région temporale droite présente, au-dessus de l'arcade zygomatique, une tumeur assez volumineuse, molle, rénitente, non douloureuse à la pression et sur laquelle la peau est mobile.

Dans la fosse nasale droite existe, au niveau du cornet moyen et semblant faire corps avec lui, une tumeur grisâtre bilobée, remplissant toute la fente olfactive et appuyant sur la cloison dont la moitié supérieure est déviée vers la gauche. Le toucher digital du rétro-nez, permet de constater une proéminence anormale du pavillon de la trompe d'Eustache droite vers la cavité naso-pharyngienne.

Le malade se plaint de surdité à droite, avec bourdonnements intermittents. L'examen du tympan et l'épreuve de l'ouïe au moyen de diapason, prouvent que ces troubles auditifs doivent être attribués à une occlusion de la trompe d'Eustache.

L'odorat et le goût ne sont pas altérés.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

L'examen approfondi de ce malade, l'analyse minutieuse de chacun des symptômes, la marche générale de l'affection semblaient devoir ne laisser aucun doute sur le diagnostic ; nous étions en présence d'une tumeur siégeant à la fois dans l'orbite, la fosse temporale et la fosse nasale au niveau du cornet moyen. Cette triple localisation rappelle aussitôt un type clinique de néoplasme, le polype fibreux de la fosse ptérygo-palatine.

La fosse ptérygo-palatine constitue une sorte de carrefour où aboutissent un grand nombre de voies craniennes. Par le trou vidien et le trou grand rond, elle est en rapport avec l'intérieur du crâne. Par le trou sphéno-palatin, elle communique avec les fosses nasales. La fente sphéno-maxillaire la relie à la cavité orbitaire. Enfin, en dehors, elle se continue largement par l'intermédiaire de la fosse zygomatique avec la fosse temporale. Il en résulte qu'un néoplasme né dans la fosse ptérygo-palatine pourra successivement envahir les diverses cavités cranio-faciales, avec plus ou moins de rapidité, suivant les résistances qui s'op-

posent à sa progression. C'est en dehors, vers la fosse zygomatique, que l'accroissement de la tumeur sera le plus aisé. Mais là, elle est située à une grande profondeur et objectivement, elle ne présentera que des manifestations tardives : or, chez notre malade, il y eut des douleurs localisées à la fosse temporale, comme tout premier symptôme bien avant l'exophtalmie, ou l'apparition d'une tumeur quelconque. De même, le néoplasme pourra depuis longtemps avoir gagné le plancher de l'orbite, sans se révéler autrement que par des névralgies dentaires et sous-orbitaires. C'est, en somme, le plus souvent dans les fosses nasales que la tumeur se découvrira en premier lieu ; les épitaxis répétées, la gêne respiratoire et le nasonnement de la voie, sans oublier la surdité et le bourdonnement d'oreille, éveillant l'attention du malade.

Le prolongement interne de la tumeur ptérygo-palatine, après avoir traversé le trou sphéno-palatin, situé au niveau de l'extrémité postérieure du cornet moyen, s'étend de là, en avant, dans la fosse nasale, en arrière, dans la paroi latérale du pharynx, refoulant et comprimant la portion cartilagineuse de la trompe d'Eustache.

Chez notre malade, outre les symptômes temporaux et nasaux, il y avait aussi des troubles du côté de l'œil, troubles que nous avons énumérés plus haut. La tumeur a du s'étendre peu à peu dans la cavité orbitaire, en comprimant en enserrant même peut-être le muscle droit externe qu'elle devait nécessairement rencontrer en premier lieu, ce qui nous explique jusqu'à un certain point la gêne du globe à se tourner en dehors.

En même temps, sa présence a dû déterminer un œdème du tissu cellulo-adipeux de l'orbite d'où stase veineuse, projection directe de l'œil et dilatation des veines papillaires. Inutile de faire remarquer que ces tumeurs arrivées à un certain degré de développement deviennent tout à fait inopérables. Dans le cas actuel, quelle ressource pouvait encore nous offrir la chirurgie ? Il aurait fallu réséquer le maxillaire supérieur et le malaire et, malgré ces vastes délabrements, il eût été téméraire d'affirmer que l'on aurait pu arriver sur le lieu même d'implantation de

la tumeur et en détruire le pédicule initial.

Et d'ailleurs, avant tout, devions-nous maintenir d'une façon absolue notre diagnostic ? Déjà l'âge du sujet aurait dû jeter quelque doute dans notre esprit.

En effet, les auteurs sont unanimes sur ce point, les polypes fibreux naso-pharyngiens d'origine intra ou extra-pharyngée, apparaissent le plus souvent entre 12 et 25 ans. Après 30 ans, ils sont d'une extrême rareté (Moure). De plus, ils donnent lieu très fréquemment à des hémorragies répétées, symptôme que n'avait jamais présenté notre malade.

Mais, si nous n'avions pas à faire à un polype fibreux, en présence de quelle affection nous trouvions-nous ? Quelle était la nature exacte de la néoplasie.

Un examen plus attentif de la cavité naso-pharyngienne au moyen du miroir rhinoscopique devait nous mettre sur la voie du diagnostic.

Au cours de cet examen, notre collègue et ami, le Docteur Delsaux, nous démontra l'existence d'anciennes lésions dépendant indubitablement de la syphilis. Le bord postérieur du vomer présentait une grande perte de substance, et au pourtour des choanes notablement rétrécies, se montraient de nombreuses cicatrices caractéristiques. Le doigt introduit dans la cavité rétro-nasale ne parvenait qu'à grand peine à atteindre le bord postérieur de la portion restante de la cloison. Sans ces nouveaux symptômes révélés ainsi par la rhinoscopie et le toucher digital du rétro-nez, étions-nous en droit de penser à la syphilis ? Le malade niait avec énergie tout antécédent syphilitique et même toute affection uréthrale ou vénérienne quelconque. De plus, le défaut absolu de toute manifestations syphilitiques sur le reste du corps de l'individu, la disparition de la tumeur représentant le type classique des polypes fibreux de la fosse plérygo-palatine, tout excluait à nos yeux la possibilité d'un syphilome.

Edifiés désormais sur la nature spécifique du mal, nous instituâmes, le 15 novembre, un traitement antisyphilitique énergique, frictions à l'onguent napolitain et administration d'iodure de potassium. Sous l'influence de ce

traitement combiné avec le port d'un bandeau compressif, la tumeur temporale s'affaissa peu à peu et l'exophtalmie diminua d'une manière notable. De la gingivite s'étant déclarée, nous remplaçons, le 30 novembre, les frictions à l'onguent napolitain par des injections intra-musculaires de cyanure de mercure selon la formule de Darier :

Cyanure de mercure.....	aa 10 grammes
Chlorh. cocaïne	
Chlorure sodium	70 grammes
Eau distillée	100 grammes

On injecte chaque fois 5 cc. de cette solution, c'est-à-dire 5 millig. de cyanure.

Jusqu'au 28 décembre, le malade reçut quinze injections semblables et, le 25 décembre, il quittait l'hôpital entièrement guéri. L'acuité visuelle de l'œil droit était remontée à deux tiers.

c) **Ostéopériostite marginale**

L'ostéopériostite de la marge de l'orbite est la localisation la plus fréquente de la syphilis orbitaire. Les deux observations que nous avons pu recueillir dans le service de notre Maître, M. le Professeur Cange, se rapportent à cette variété.

On a souvent incriminé un traumatisme comme cause localisatrice des lésions. Parfois survenant au début, il paraît accélérer l'évolution comme dans l'observation que nous rapportons, mais c'est surtout l'absence de traitement qu'il faut accuser. L'atteinte de la marge de l'orbite peut s'observer à toutes les périodes de l'infection. Nous retrouvons dans cette forme les mêmes lésions que nous avons décrites aux chapitres précédents :

a) Ostéopériostite simple ;

b) Ostéopériostite gommeuse ;

c) Exostose syphilitique.

Pour Sichel, ce serait le rebord orbitaire supérieur qui serait le plus souvent atteint ; pour Mackensie, ce serait le rebord orbitaire inférieur.

Le début est ordinairement marqué par de la céphalalgie diurne et nocturne, par des douleurs périorbitaires, par des vertiges et des étourdissements lorsque ces dernières sont très violentes. La douleur lancinante, térébrante est exagérée par la palpation et le moindre attouchement. L'examen de la marge de l'orbite peut ne rien révéler d'apparent, mais bientôt apparaît le signe pathognomonique, la saillie ostéopériostique. La palpation du rebord orbitaire permet de sentir un gonflement inflammatoire plus ou moins bien délimité. Au cours du développement de cette tuméfaction, les douleurs augmentent d'intensité, mais il n'est pas rare que l'évolution se fasse sans douleurs ou qu'elles soient très atténuées, tel est le cas pour le malade qui fait l'objet de notre première observation.

A la période d'état, lorsque la tumeur a acquis un certain volume, elle se présente sous la forme arrondie ou ovalaire, allongée suivant le rebord orbitaire et reposant par une large base sur le plan osseux sous-jacent. Les téguments qui la recouvrent ont une coloration normale et sont mobiles au-dessus d'elle. La palpation met en évidence la consistance dure de l'ostéopériostite simple, une zone centrale en voie de ramollissement dans la forme gommeuse. La lésion peut être unique et de volume plus ou moins considérable ou être constituée par une série de tuméfactions disséminées le long de la marge de l'orbite. Souvent, il y a envahissement par les lésions des parois orbitaires, des régions frontale, temporale et malaire. Le globe oculaire conserve une situation normale, mais il peut être dévié et gêné dans ses mouvements lorsque les lésions se sont propagées aux

parois, d'où apparition de la diplopie.

Dans la forme aiguë, le début est brusque, la marge de l'orbite est sensible, la paupière rouge est œdématiée, les douleurs très vives et l'ouverture à la peau ne se fait pas attendre. Il y a des phénomènes généraux, la fièvre peut exister. Les téguments rouges et amincis s'ulcèrent en un ou plusieurs points, les orifices ulcéreux donnent issue à un liquide jaunâtre visqueux, à des tissus grisâtres sphacélés et à de petites parcelles osseuses.

Si les gommes n'arrivent pas à la suppuration, après résorption elles laissent sur le rebord orbitaire les traces de leur existence sous formes d'empreintes cicatricielles, de dépressions et parfois de perforations toujours caractéristiques.

Dans la forme chronique, qui est celle qu'affecte l'exostose syphilitique, la maladie est insidieuse, le développement de la saillie ostéopériostique lent et graduel, ce sont les douleurs spontanées et provoquées qui attirent l'attention. A la palpation, on note de la périostose, masse éburnée, irrégulière, déformant la marge de l'orbite, pouvant s'étendre sur les parois orbitaires, sur les régions voisines — frontale, malaire, temporale — sans qu'aucune réaction inflammatoire ne se manifeste du côté de la couche profonde de la peau.

Bien que survenant tardivement, un traitement antisyphilitique énergique permet d'obtenir la cicatrisation des lésions. Dans le cas d'ostéopériostite simple, la guérison est obtenue rapidement. S'il s'agit de lésions gommeuses, les bords de ou des ulcérations se rapprochent, la tumeur régresse et les fistules se tarissent. En cas d'exostose syphilitique, la régression sera plus lente et parfois même incomplète. Si aucun traitement n'intervient, les lésions osseuses et celles des parties molles s'accroissent, des clapiers pouvant

s'infecter secondairement se constituent, du sphacèle avec destruction de la conjonctive, du tarse et des lésions de kératite ulcéreuse apparaissent. Comme pour toute ostéopériostite, on doit redouter la lagophtalmie et l'ectropion cicatriciel.

L'évacuation de la gomme ne se fait pas toujours au dehors. Elle peut avoir lieu dans les fosses nasales, dans le sinus frontal, dans le sinus maxillaire, avec toutes les conséquences qui résultent de l'atteinte de ces cavités. La cornée peut être épargnée, mais baignée par les sécrétions purulentes elle se trouble souvent, s'ulcère, se perfore, se dessèche, l'œil s'atrophie et la vision est perdue comme ce fut le cas pour notre malade. Cette complication redoutable doit donc faire considérer les lésions d'ostéopériostite syphilitique de la marge de l'orbite comme ayant un pronostic sévère, alors que Rollet (Encycl. d'Ophtalm.) leur assigne peu de gravité.

Observation XLIV (Morax)

B... Marguerite, vingt-sept ans, consulté le 7 Décembre 1905, dans le service ophtalmologique de Lariboisière.

Depuis trois semaines, la paupière supérieure droite s'est tuméfiée progressivement sans douleur, ni fièvre.

On trouve actuellement au-dessous du sourcil droit une tuméfaction violacée, du volume d'une noix, régulièrement limitée en haut par la ligne du sourcil, finissant insensiblement en bas dans la paupière, et ne dépassant pas de chaque côté la base orbitaire ; la paupière inférieure et la joue sont également tuméfiées mais la peau en est normale.

Cette masse est peu mobile sur le rebord orbitaire, qui paraît épaissi, elle est fluctuante à sa partie inférieure et rénitente en haut. Au niveau de la suture fronto-malaire, on trouve un point douloureux à la pression.

La racine du nez est partiellement effondrée ; à l'examen rhinoscopique, on aperçoit un syphilome de la cloi-

son qui est déviée à gauche. Syphilome du pilier postérieur gauche du voile du palais.

Traitement : piqûres de calomel.

Mme B... n'a plus son père qui est mort d'accident, sa mère, âgée de soixante-deux ans, a eu douze grossesses toutes à termes, sept enfants sont morts à des âges différents, mais elle ne peut nous donner de détails précis ; trois garçons et une fille bien portants.

Quant à notre malade, elle n'a eu qu'une grossesse à terme, son enfant est mort à six ans, d'un abcès à la gorge. Elle n'a jamais eu d'éruption, ni de maux de tête, ni de perte de cheveux ; on trouve seulement un mal de gorge violent qui a duré de Février à Septembre 1905, sans aucune interruption.

Au point de vue oculaire, on trouve : à dix-neuf ans, catarrhe bilatéral qui a disparu après quinze jours.

En 1905, douleurs périorbitaires très vives à droite, puis à gauche ; la vue baisse, on fait à Lariboisière des piqûres de cyanure de Hg et des instillations d'atropine. Ce traitement est suivi d'Avril à Septembre 1905, époque à laquelle la guérison fut totale.

Le 15 Décembre 1905, la malade a eu deux piqûres de calomel.

L'abcès s'est ouvert il y a trois jours, donnant issue a du pus jaunâtre et mal lié. Au niveau de l'angle supéro-externe de la base orbitaire, il y a un orifice circulaire, nullement découpé à fond bourbillonneux et d'où ne sort que très peu de liquide. L'exploration du rebord orbitaire montre celui-ci hypertrophié en haut et au dehors et douloureux à la pression.

La paupière recouvre partiellement le globe dont les mouvements sont intacts. Les pupilles sont un peu irrégulières.

O D. V = 11 opt.

O G. V = 11 opt.

Nous avons écrit à cette malade pour la revoir, mais nous n'avons pas eu de réponse.

Observation XLV (Thèse Chaigneau)

Mme L... Joséphine, trente-six ans, vient consulter le 12 Octobre 1907 ; il y a un an, elle a reçu dans la région orbitaire gauche un cadre assez lourd ; ce traumatisme n'a pas eu de suites, mais en Septembre 1907, elle commence à souffrir de céphalées violentes ; vers le 15 Septembre, apparait au-dessus du sourcil gauche une petite tumeur qui grossit peu à peu gagnant la paupière. Le médecin traitant fait le 5 Octobre une incision par où s'échappe un peu de pus mêlé de sang. La malade souffre en même temps d'un coryza aigu et mouche du pus et des caillots de sang. Pas de bacillose pulmonaire. Elle a encore ses parents qui sont bien portants ; une sœur est morte de tuberculose ; elle a eu trois grossesses ; le premier de ses enfants est mort à dix mois ; le second à vingt mois, le troisième âgé de dix ans est bien portant.

Lorsqu'elle se présente à Lariboisière, il y a une tuméfaction occupant toute la paupière supérieure gauche et empiétant sur la région frontale, la peau de cette région est normale, celle de la paupière violacée. On trouve à la partie externe et à la partie interne de la paupière des noyaux indurés ; mais le reste de la tumeur est fluctuant et la pression refoule le liquide de la région palpébrale dans la région frontale et réciproquement. Pas de douleurs spontanées ; lorsqu'on presse avec le doigt, on trouve seulement un point douloureux très limité au niveau du rebord orbitaire. Léger œdème de la paupière inférieure. Adénopathie préauriculaire du volume d'un gros pois, saillante et douloureuse.

L'examen des fosses nasales (Baldenweck), décèle à la partie inférieure et postérieure de la cloison, la présence d'une ulcération bourgeonnante, le cornet inférieur est atrophié, granuleux, et ne se rétracte pas ; l'éclairage des sinus montre au niveau du sinus maxillaire une tâche sombre ; l'éclairage du sinus frontal paraît aussi un peu diminué.

14 Octobre — On pratique une ponction avec la seringue de Pravaz et l'on retire une petite quantité de pus qui

ne montre pas de microorganismes à l'examen microscopique. On soumet la malade au traitement mercuriel.

L'ophtalmo-réaction (Carlotti), pratiquée deux fois de suite, donne un résultat négatif. Un nouvel examen de pus sur lame ne donne pas de résultat.

22 Novembre. — La malade a eu cinq piqûres d'huile grise en cinq semaines. Durant cet intervalle, le petit pertuis produit par la ponction s'est agrandi. Il y a une ouverture de 2 centimètres, taillée à l'emporte-pièce ; tout autour, la peau est violacée ; le fond de la cavité est recouvert d'un exsudat pseudo-membraneux jaunâtre. Les paupières et la région sourcilière sont décollées, le squelette sous-jacent ne présente pas de lésions palpables. L'écoulement est tari.

On prescrit localement des lavages à l'eau oxygénée et de cyanure d'Hg à 1/3000 et l'on continue les piqûres.

6 Décembre. — Les lésions ont évolué. Il existe un orifice ovalaire horizontal de 2 centimètres de diamètre, les bords en sont taillés à l'emporte-pièce et entourés d'une zone violacée de 2 centimètres ; cet orifice donne accès dans une cavité qui s'étend jusqu'au milieu du sourcil, le fond en est constitué en partie par l'arcade sourcilière mise à nue et par une masse charnue, rosée, recouverte d'un pus blanchâtre. En haut et en dedans, cette cavité communique avec une seconde excavation surplombant le tiers interne du sourcil et dont le plafond cutané est marqué par une zone violacée de 1 cm. 1/2 de diamètre. L'adénopathie préauriculaire a disparu.

Examen d'un frottis : négatif.

La malade ne pouvant plus supporter les piqûres d'huile grise, on les a supprimées depuis le 29 novembre.

13 Décembre. — La plaie toute entière se cicatrise et devient adhérente ; la dépression frontale adhère également à l'os sous-jacent. Il y a deux jours, élimination d'un petit séquestre par la narine gauche. L'état général n'est pas très bon, pâleur, stomatite, vomissements fréquents.

24 Janvier 1908. — Toute la partie anciennement décollée est adhérente à l'os ; au niveau de l'excavation primi-

tive, il existe quelques petits points ulcérés, mais qui ne suppurent pas. L'état général est toujours mauvais : vomissements, diarrhée.

Traitement : glycérophosphate de chaux et de soude.

7 Février. — La malade a meilleure mine ; depuis douze jours elle mange abondamment et reprend du poids.

Au niveau de la paupière supérieure, il persiste une petite ulcération recouverte d'une croûte ; à la partie moyenne du frontal et à un travers de doigt au-dessus du sourcil, il existe une dépression avec adhérence de la peau aux plans profonds.

14 Février. — On reprend les piqûres d'huile grise.

20 Mars. — Les piqûres sont toujours douloureuses et mal supportées, l'état général est de nouveau moins bon. La malade souffre de la tête et de douleurs ostéocopes dans les membres.

Puis apparaissent des périostoses au niveau de la tête du radius droit, de l'humérus gauche, du talon droit.

On remplace les piqûres par des frictions d'onguent mercuriel, 4 grammes par jours ; la malade prend en même temps 20 grammes d'iodure de potassium.

Cette malade revient en Octobre 1908 ; elle présente une échancrure du bord orbitaire supérieur, qui est déchiquetée et une dépression de la bosse frontale, large comme une pièce de 50 centimes, mais peu profonde ; la peau est mobile, sauf en dessous du rebord où elle adhère un peu, entrainant la paupière, sans empêcher l'occlusion complète de l'œil.

D'autres lésions spécifiques sont apparues : ce sont des gommes de la région du coude gauche, puis des avant-bras droit et gauche, lésions qui ne cèdent pas au traitement général et ne sont améliorées que par des injections locales de sublimé.

Observation XLVI (Carlotti et Chaigneau. Thèse Chaigneau)

Madame Elisabeth M..., cinquante-et-un ans, cuisinière, vient à la consultation ophtalmologique de Lariboisière le 28 avril 1906, pour un épaississement du rebord orbitaire supérieur gauche datant de un mois.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants. Mariée à vingt-deux ans, son mari a toujours été bien portant. Vers l'âge de trente ans, elle a souffert de violents maux de tête, et depuis un an ces céphalées se reproduisent fréquemment et empêchent le sommeil ; la malade a perdu l'appétit et maigrit beaucoup

En janvier 1906, elle fut soignée dans le service oto-rhino - laryngologique de Lariboisière pour un mal de gorge et une ulcération du méat inférieur droit. Actuellement, la peau de la paupière supérieure gauche est amincie, lisse, rosée et recouvre en sa partie externe une tumeur grosse comme une noix, bombée, irrégulière et adhérente au rebord orbitaire qui est épaissi. Les deux paupières sont œdématiées, la fente palpébrale est réduite de moitié, et la malade relève difficilement la paupière supérieure, qu'il est impossible même de retourner avec le doigt.

La tumeur est dure à la pression, sauf dans sa partie supérieure où elle est nettement fluctuante. La malade accuse à la pression une douleur modérée au niveau du rebord orbitaire.

Les mouvements du globe sont normaux, la cornée transparente, les milieux et le fond normaux ; l'acuité visuelle est de 8 à 9 opts pour les deux yeux. On retire, par une ponction à la seringue de Pravaz, un liquide huileux, de teinte jaunâtre, ne contenant pas de micro-organismes.

La malade présente en même temps une tuméfaction du tibia gauche. Le 25 juin, elle a eu six injections d'huile grise ; l'état général est meilleur, l'appétit est revenu, le teint est moins pâle, la périostose tibiale s'est affaissée presque complètement, la tuméfaction du sourcil gauche, qui avait disparu en partie, s'est reformée avec rougeur de la peau et sensation de tension ; dans la nuit du 24 juin, elle s'ouvre spontanément et laisse échapper un liquide sanguinolent ; il existe un peu de douleur à la pression au niveau de la moitié externe du sourcil.

On fait une septième piqûre d'huile grise, puis on sus-

pend les piqûres et on les remplace par de l'iodure de potassium.

9 Juillet. — Il n'y a plus qu'une saillie très légère recouverte d'une petite croûte jaunâtre au niveau de la paupière supérieure ; pas d'épaississement périostique, pas de douleurs.

5 Novembre 1906. — Il n'y a rien de particulier.

La malade revient nous voir, sur notre demande, le 26 mai 1909. Depuis trois ans, elle n'a aucunement souffert ; elle se porte bien, mange et dort bien. La fente palpébrale est un peu plus petite à gauche qu'à droite et le sillon orbito-palpébral plus profond, au lieu d'être occupé comme à droite par un bourrelet de la paupière. La peau est amincie et a un aspect gaufré, mais elle n'adhère pas aux plans profonds. Par comparaison avec le côté opposé, le bord orbitaire supérieur est très légèrement échancré dans sa partie externe.

Observation XLVII (Sichel)

Mme Catherine B..., quarante ans, vient à ma clinique le 1er Février 1839. Il y a à la partie antérieure de la paroi supérieure de l'orbite droit, une véritable tumeur gommeuse, légèrement fluctuante à son sommet et qui occupe presque toute la largeur de l'orbite.

La peau est un peu rouge ; au milieu du front, au-dessus de la racine du nez, la peau est rouge, reluisante, élastique, un peu soulevée, à ce qu'il paraît, par un décollement du périoste dans la hauteur de plus de deux pouces et dans la largeur de presque un pouce ; la tumeur du front me semble être assez douloureuse, celle de l'orbite l'est moins. Cette tumeur plate présente une fluctuation assez manifeste. Une odeur d'ozène assez prononcée attire mon attention dès que la malade s'approche ; cette maladie existe en effet. Il y a près du coude gauche, ainsi que sur le côté gauche du cou près l'angle de la mâchoire, des ulcérations fistuleuses ; je déclarai à la clinique que nous étions en présence d'une périostite syphilitique. La malade ne se rappelle pas avoir subi d'infection primitive, mais elle a eu, il y a trois ans, une éruption boutonneuse,

contre laquelle un médecin a prescrit un traitement antisyphilitique, qu'elle n'a pas suivi, parce que l'affection s'est amendée spontanément.

Après avoir suivi un traitement antisyphilitique à l'hôpital Saint-Louis, elle sort guérie. La périostose a disparu, le périoste du front est recollé, mais l'étendue de l'ancien décollement est marquée par une tache blanche encore gonflée.

Observation XLVIII (Morax. — Thèse Chaigneau)

Mme Françoise V..., vingt-huit ans, est la neuvième d'une famille de dix enfants, tous nés à terme ; trois des frères sont mort en bas âge.

Elle a eu une première grossesse à vingt-deux ans, son enfant, né à terme, est mort à quatre mois de méningite. Après cette mort, elle a nourri un enfant étranger pendant huit mois. Durant ce laps de temps, elle a une abondante chute de cheveux. Elle nourrit ensuite un deuxième enfant, âgé de huit mois, qui avait de la gourme et de l'adénopathie cervicale, puis elle perd son lait. Elle n'a jamais remarqué de lésion du sein ni d'ailleurs, mais elle a eu une adénopathie généralisée et a été soignée pour un mal de gorge, par un médecin qui a fait des cautérisations. Depuis cette époque, elle n'a jamais été bien portante.

Dans les premiers jours de Décembre 1905, elle a remarqué que la paupière supérieure droite était enflée, cet œdème a disparu sans traitement ; le 16 Décembre 1905, elle fait une fausse couche de trois mois. A cette époque, elle maigrit beaucoup, a des sueurs nocturnes, mais ne tousse pas.

Au début de Février 1906, elle ressent autour de l'orbite droit, des douleurs continuelles avec exacerbations nocturnes, empêchant le sommeil.

Elle vient consulter le 26 Février 1906, à Lariboisière, pour un œdème de la paupière supérieure droite, dont la peau forme un bourrelet qui cache le bord libre : cet œdème empiète sur la région sourciliaire externe, ainsi que sur le front, la tempe et la joue. On provoque avec le doigt une douleur assez vive au niveau du tiers externe et

du tiers moyen de l'arcade sourcilière et l'on perçoit à ce niveau une légère saillie. Le bord inférieur de l'orbite et le point d'émergence du sus-orbitaire ne sont pas douloureux.

On prescrit à la malade un traitement mercuriel.

Le 26 Mars 1906, elle a eu quatre injections d'huile grise : les douleurs spontanées ont disparu depuis huit jours, l'œdème palpébral a diminué et l'on ne sent plus de voussure osseuse ; la douleur à la pression persiste, mais légère.

Nous n'avons pu revoir cette malade.

Observation XLIX (Morax)

Le 1er mars 1905, Madame R... amène sa fillette, âgée de deux ans et demi, à la consultation ophtalmologique de Lariboisière. La mère est âgée de vingt-huit ans et a eu cinq grossesses :

1° Garçon âgé de neuf ans, bien portant ;

2° Garçon de six ans bien portant ;

3° Fille morte d'accident à dix mois ;

4° Notre malade ;

5° Accouchement prématuré, enfant de six mois qui a vécu cinq jours.

Cet accouchement a été fait à Lariboisière en août 1904 ; pas d'albumine ni aucun trouble spécial ; aucun traitement spécifique. Mme R... présente actuellement quelques ganglions cervicaux et sur le pilier antérieur droit, deux petites érosions à surface opaline, à contours circinés et rouges, ressemblant fort à des plaques muqueuses.

Le ganglion sous-maxillaire droit est plus développé qu'à gauche. Collerette avec taches achromiques et hyperchromiques faisant le tour du cou, mais plus accusée sur les faces postérieure et latérale ; il y a deux mois qu'elle s'est aperçue de ce changement de teinte de la peau.

L'enfant qu'elle nous amène est âgé de deux ans et demi, née à terme, a été nourrie au sein de la mère et a commencé à marcher à quinze mois. Elle est seule avec sa mère, les autres enfants sont à la campagne chez leurs grands-parents.

Il y a trois semaines, est apparue une éruption roséolique disséminée, et c'est il y a six jours, qu'on s'est aperçu de la présence d'une grosseur occupant le grand angle de l'œil droit. Actuellement, placards impétigineux du nez, des lèvres et du menton ; sur les amygdales, plaques muqueuses très nettes, pas de lésions de la vulve ni de l'anus. Pas de chute de cheveux ; adénopathie généralisée. Au niveau du tiers interne de la paupière supérieure droite existe une saillie du volume d'une noisette, mobile sur le plan osseux sur lequel elle repose par une assez large surface ; la paupière supérieure est très vascularisée et abaissée, masquant la moitié de la pupille ; l'œil est parfaitement mobile. L'enfant ne se plaint d'aucune douleur.

On fait une piqûre d'huile grise et l'on continue le traitement par du sirop de Gibert.

16 Mars. — Légère chute de cheveux ; l'état de l'éruption cutanée est le même, ainsi que celui de la tumeur.

22 Mars, — Le sirop de Gibert étant mal supporté, on le remplace par des frictions mercurielles.

27 Mars. — Malgré le traitement, la tumeur a augmenté de volume, la peau qui la recouvre est amincie et rouge. Ecoulement nasal, muco-purulent.

30 Mars. — On retire avec la seringue de Pravaz un pus filant, dont l'examen microscopique (coloration : Pick et Jacobson), montre des débris informes de cellules dégénérées, colorées en rose par la fuchsine ; sur ce fond, quelques lymphocytes bleu foncé et quelques hématies.

10 Avril. — L'enfant s'étant heurté la région malade à un coin de table, le gonflement a augmenté. On fait une piqûre de calomel : 0 gr, 01.

17 Avril. — Quintes de toux fréquentes, surtout la nuit, Amygdales volumineuses. Nouvelle piqûre de calomel.

8 Mai. — La paupière supérieure est moins gonflée. Il persiste encore dans l'angle interne un noyau induré et adhérent aux plans profonds.

L'écoulement nasal est tari, la toux persiste ; on remplace le calomel par des frictions.

29 Mai. — La paupière est encore légèrement vascularisée et présente une croûte au niveau de l'ancienne

lésion gommeuse ; on sent, à ce même niveau une adhérence des téguments au plan osseux. Nouvelle injection de calomel : 0 gr. 02.

3 Juillet, — Les injections de calomel ont été faites régulièrement à 0 gr. 02 et 0 gr. 03.

Il y a encore un peu de gonflement, et une petite ulcération par ou s'échappe continuellement un peu de pus qui forme croûte en se desséchant.

17 Juillet. — La moitié interne de la paupière n'est plus saillante ; elle est recouverte d'une croûtelle brunâtre, mais la suppuration a diminué ; la moitié temporale de la paupière est œdématiée. La fente palpébrale est égale aux deux tiers de la gauche. Injection de calomel : 0 gr. 05.

Observation L (Clogne. Thèse)

PÉRIOSTITE FRONTALE ET DACRYOADÉNITE APPARUES UN MOIS ENVIRON APRÈS LE CHANCRE ET EN MÊME TEMPS QUE LA ROSÉOLE.

Mme C... 18 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, le 16 Janvier 1911, pour une syphilis datant de un mois environ.

A son examen le 17 Janvier 1911, on constate : l'existence d'une roséole maculeuse visible sur l'abdomen et le dos ; une syphilide sur la lèvre supérieure à gauche de la ligne médiane ; alopécie légère.

Le chancre n'est pas visible, mais il y a œdème et rougeur des deux grandes lèvres. Le 18 Janvier, la malade se plaint de céphalée frontale assez violente. On note alors un œdème des paupières de l'œil droit, la supérieure surtout. A la palpation, on trouve une sensibilité considérable du rebord orbitaire supérieur, surtout marquée à la partie médiane. L'œil parait normal. On pose alors le diagnostic de périostite orbitaire ou de dacryoadénite au début et l'on fait appliquer sur la région des compresses humides, puis l'onguent napolitain belladoné à 1/10.

Le 24 Janvier, le diagnostic se précise. Au niveau de l'arcade sourcilière droite, on remarque une tuméfaction s'étendant en largeur sur les 2/3 externes de l'arcade sour-

cilière, dans une longueur de 6 centimètres, remontant à la face antérieure du frontal sur une hauteur de 2 cm.

Cette tuméfaction fait corp avec l'os ; elle présente une consistance un peu élastique dans toute son étendue.

La palpation même légère, détermine une douleur vive, surtout à la partie moyenne de l'arcade. Les téguments qui recouvrent la tumeur ne sont pas adhérents ; la peau présente à ce niveau une teinte rouge. L'examen de l'œil pratiqué par M. Antonelli, nous apprend qu'il existe en même temps que la périostite une dacryoadénite reconnaissable par la saillie que la glande lacrymale fait un peu en avant du rebord orbitaire et par son déplacement léger à la palpation, en imprimant des mouvements de latéralité.

Le 28 Janvier, la malade qui a reçu 10 piqûres de 2 centigrammes de benzoate de mercure va mieux. La périostite moins douloureuse diminue de volume ; la dacryoadénite est encore en activité, la glande lacrymale fait une saillie notable mais toute douleur a disparu.

Le 4 Février, la périostite est à peu près guérie ; la malade quitte l'hôpital sur sa demande, mais viendra chaque jour aux piqûres.

Observation LI (Rollet. — Encyclop. franc. d'opht)

D... trente-quatre ans, rien dans les antécédents héréditaires. L'affection actuelle a débuté il y a huit semaines, violente douleur à l'orbite gauche, douleur qu'elle compare à de fortes piqûres. Au réveil, la paupière supérieure était très œdématiée, l'ouverture complète de l'orifice palpébral était impossible. Depuis ce moment, la tumeur augmente progressivement. Actuellement, tuméfaction marquée de la paupière gauche, l'élévation de cette paupière est impossible. Globe oculaire normal, les mouvements sont conservés. La pression est très douloureuse dans l'angle supéro-interne et vers la pointe médiane de la face supérieure de l'orbite. On sent à ce niveau une tuméfaction. L'appareil lacrymal est indemne. Sur la cuisse droite et à sa face antérieure, tumeur sous-cutanée, indo-

lore, du volume d'une mandarine. On institue le traitement mixte HG et KI.

18 Avril. — La tumeur de la cuisse a disparu, la paupière a diminué de volume. Dans l'angle supéro-interne de l'orbite, on sent toujours une tumeur.

23 Mai. — La tumeur orbitaire a disparu.

Observation LII (Sichel)

M. K..., loueur de voitures, se présente à la clinique, le 2 Juin 1836, âgé de quarante ans, constitution robuste et tempérament sanguin. Syphilis en 1814 ; suit un traitement mercuriel pendant trois ans.

Il y a dix-huit mois, coup de pied de cheval sur la face, il y a deux mois coup de poing sur l'œil gauche ; érysipèle occupant principalement la partie gauche de la face, il y a six semaines. Dix jours après la guérison de cette affection, apparait une tumeur petite indolore, située sous la portion externe de l'arc orbitaire supérieur du côté gauche et pouvant être perçue avec facilité quand on soulève la paupière. Son volume augmente de jour en jour.

Le 2 Juin, K... nous présente l'état suivant : Derrière la paupière supérieure de l'œil gauche, existe une tumeur qui siège sous l'arc supérieur de la circonférence de l'orbite. Elle commence à peu près à la réunion du tiers interne de cet arc, avec le tiers moyen et s'étend au dehors jusqu'auprès du petit angle de l'œil. Elle a le volume d'une noix, est immobile, assez dure douée d'une certaine élasticité, et se continue avec le rebord orbitaire. La peau palpébrale qui correspond à la tumeur est rouge, distendue, mais n'est point infiltrée. En dehors par suite de la pression et de la tension, que la tumeur exerce sur la paupière supérieure, les bords palpébraux libres sont très rapprochés ; quoique contigus, ils le sont beaucoup moins en dedans. L'œil exécute normalement des mouvements en dedans et en bas, mais en haut ces mouvements sont inexécutables et en dehors ils sont gênés. La tumeur n'est point visible dans l'orbite, car il est impossible de soulever la paupière supérieure.

La pression sur la partie malade ne détermine de douleurs que lorsqu'elle est exécutée avec force, mais il y a quelques douleurs du côté de la tempe qui correspond au mal. Le globe oculaire est légèrement déprimé, il n'y a point d'exophtalmie ni de larmoiement. La vue n'est nullement altérée, la santé générale est fort bonne.

Sichel diagnostique une carie de la paroi supérieure de l'orbite et le 8 Juin, fait une ponction de la tumeur. Il s'écoule un pus peu abondant, sanieux et fétide.

Traitement : drainage de la plaie avec une mèche, frictions mercurielles dans le voisinage de l'orbite et sublimé à l'intérieur.

La cicatrisation marche franchement vers la guérison, la tumeur s'affaissa et disparut La cicatrice très petite, devint adhérente à l'os et légèrement déprimée sans nuire en rien à la motilité de la paupière. La guérison ne s'est pas démentie depuis.

Observation LIII (Morax et Chaigneau - Thèse Chaigneau)

S... Marie, cinquante ans, est soignée à la consultation ophtalmologique de Lariboisière depuis le mois de Mai 1903.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Elle s'est mariée à vingt-deux ans, elle n'a pas eu de grossesses ; à aucun moment elle n'a présenté d'éruption cutanée. A trente-neuf ans, brusquement sans prodromes, ni perte de connaissance, se produit une hémiplégie avec parésie linguale sans paralysie faciale.

En Mai 1903, on lui fait des piqûres de cyanure de mercure pour une névrite optique œil gauche.

Acuité visuelle : O D V = 1 ; O G V = 5/50.

En Novembre 1903, il se produit une cataracte complète œil gauche, avec mauvaise projection. La malade suit par intervalles un traitement hydrargyrique. Revient en Août 1905, pour une ulcération superficielle de la cornée, œil gauche.

La malade est revue en avril 1906 ; l'état de ses yeux est le suivant : O D V = 1 OG. — Injection des conjonctives

bulbaire et tarsienne. Taie de la cornée. Dépôts pigmentaires dans la chambre antérieure. Iris trouble. Mydriase avec synéchies postérieures dans la partie nasale de la pupille. Cristallin opaque, blanc nacré, bombant en avant. Tonus normal. Très mauvaise perception lumineuse.

15 Septembre 1906. — La malade se plaint de céphalées siégeant dans la partie gauche de la tête ; elles sont calmées par le pyramidon, mais quelques jours après se développent deux tuméfactions de la région sourcilière gauche.

25 Septembre. — Il se fait une ouverture au-dessus du sourcil à l'union du tiers externe et des deux tiers internes ; il en sort un peu de pus blanchâtre.

Traitement : sirop composé prescrit dans un dispensaire.

La malade ne revient que cinq semaines après. On constate au milieu d'une zone, un peu déprimée en forme de cupule, un orifice circulaire de 8 à 10 millimètres de diamètre, à bords réguliers, minces, un peu décollés, qui s'ouvre dans une cavité à fond rougeâtre ; lagophtalie avec le stylet, fait sentir l'os dénudé dans la partie interne de l'excavation, et l'instrument s'enfonce facilement de 2 centimètres en dedans. Il s'échappe de l'orifice un peu de pus jaunâtre.

La malade est un peu fatiguée et anémiée.

Traitement : injection d'huile grise.

10 Décembre 1906, — Notre malade souffre depuis deux jours ; elle présente un larmoiement intermittent survenant au moment des douleurs ; celles-ci nocturnes et très vives empêchent tout sommeil ; elles sont localisées dans le globe oculaire gauche. Il y a de la lagophtalmie : 2 millimètres environ de cornée restent découverts, lorsque la malade ferme les yeux. Injection périkératique, la cornée légèrement infiltrée dans son ensemble, présente en son centre une ulcération dont le fond est occupé par un pus blanchâtre. Hypopion de 1 mm. 1/2 environ. L'examen sur lame du pus de l'ulcération montre du pneumocoque.

12 Décembre. — La malade souffre toujours, mais l'ulcère ne s'est pas étendu ; la cornée est insensible. Malgré

le traitement général, le bord orbitaire supérieur s'est effondré.

On pratique l'énucléation, et le 15 Janvier 1907, la malade sort avec une bonne cavité.

Sur notre demande, elle revient le 23 Mai 1909. A ce moment, le rebord orbitaire supérieur n'existe plus sur une longueur de 2 cm. 1/2 environ ; l'arcade sourcilière est remplacée par une cavité, dirigée en bas et en arrière ; cette cavité s'ouvre par un orifice ovalaire à grand axe, horizontal dont la partie supérieure est formée par l'os frontal, dont le bord est mousse et la partie inférieure par un point de peau, portant les sourcils et reliant entre elles les deux extrémités du rebord orbitaire. La paupière supérieure s'est libérée de la région sourcilière, s'est portée en arrière et se continue avec le fond de la cavité ; celle-ci est tapissée par une peau très vascularisée.

Observation LIV (Carlotti et Chaigneau-Thèse Chaigneau)

Le H... Alphonse, trente-cinq ans, se présente le 27 Décembre 1907, à la consultation des yeux de Lariboisière.

Il y a trois ans, il a eu un soir en dînant, une perte brusque de connaissance, qui n'a été suivie d'aucun trouble, ni moteur, ni de la parole ; mais, depuis il perd la mémoire au point que, à la fin d'une conversation, il a oublié ce qui a été dit au début.

Les parents sont très bien portants ; il a eu huit frères ou sœurs dont trois seulement sont vivants, Il souffre de céphalées fréquentes depuis l'enfance et a des crises fréquentes d'urticaire. A onze ans, fièvre typhoïde , à vingt ans blennorragie. Marié, il a deux enfants de onze et de neuf ans, bien portants ; en 1903 et en 1904, il a souffert d'angines suivies de bourdonnements d'oreilles et de surdité. Quinze jours après la perte de connaissance, apparaît un gonflement de la paupière supérieure droite, qui se propage à la tempe et à la joue correspondantes. Le malade se plaint de céphalées en casque surtout nocturne et de douleurs lancinantes, dans la régior sourcilière.

Traitement : compresses, pommade iodurée et iodure de potassium à l'intérieur. Malgré ce traitement, il se

forma progressivement une collection qui se fit jour, il y a un mois à l'extérieur sous la forme d'un pus jaunâtre ; le malade mouche en même temps du pus par la narine droite.

La plaie resta ouverte pendant dix-huit jours.

Quand le malade se présente à Lariboisière, il a la paupière droite rouge et œdématiée ; la surface légèrement squameuse, présente au tiers interne une cicatrice croûteuse adhérente, l'œil est à demi fermé.

A la palpation, on perçoit continuant la lèvre interne du bord orbitaire supérieur, une lame de consistance ostéo-cartilagineuse, de forme triangulaire qui occupe presque toute la paupière supérieure et est absolument indolore.

Pas de collection liquide ; il a eu au début un petit ganglion préauriculaire qui depuis a disparu.

Le globe de l'œil et ses mouvements sont normaux. Les milieux et le fond sont normaux. Myopie légère.

O D — 1°50 V = 5/25.

O G — 1°55 V = 5/10.

Il y a à droite un scotome central pour le rouge et le vert, expliquant la diminution de l'acuité. La sensibilité de la périphérie de la rétine est normale.

L'état général est assez bon ; la langue est épaisse, il y a des pituites matinales, le malade tousse un peu, et se fatigue rapidement. Les réflexes patellaires sont normaux ; quelques douleurs le long du tibia.

Traitement : injections d'huile grise.

7 Février 1908. — Le malade a eu six injections en six semaines ; l'amélioration est manifeste.

L'aspect local est presque normal, il existe encore un peu d'épaississement du bord orbitaire et de gonflement de la paupière supérieure. Le malade a encore quelques maux de tête et un peu d'insomnie.

Traitement : Sirop de Gibert, une cuillerée par jour.

O D. — 1°50 V = 5/10.

O G. — 1°50 V = 5/7,50.

28 Février. — Plus de scotome, la saillie a complètement disparu, il subsiste encore un peu de douleur à la pression en un point très limité.

Le malade revient sur notre demande, le 20 Mai 1909. On ne sent aucun épaississement des bords orbitaires, mais la fente palpébrale est un peu plus étroite à droite qu'à gauche. L'acuité visuelle est égale à 2/3 avec la correction.

Observation LV (Morax - Thèse Chaigneau)

T... Maria, vient consulter à Lariboisière pour une tuméfaction, siégeant au niveau de l'angle externe de l'œil droit et datant de Février 1907.

Son père est mort à trente-neuf ans de bronchite chronique ; Sa mère vivante et bien portante, a eu cinq grossesses : 1° Mort à huit mois ; 2° Mort à trois ans, mal de Pott ; 3° Bien portant ; 4° Notre malade ; 5° Bien portant. Notre malade a eu une fausse-couche il y a dix ans au début de son mariage. Elle tousse depuis deux ans, mais ne présente ni amaigrissement, ni fièvre. Déjà en 1903, elle a été soignée pour une tumeur de l'orbite gauche et a suivi un traitement mercuriel.

Actuellement, la paupière supérieure de l'œil droit est un peu rouge ; il y a une tuméfaction sus-orbitaire de la largeur d'une pièce de 50 centimes et s'étendant le long du bord de l'orbite, depuis son milieu, jusqu'à la queue du sourcil. La consistance en est ostéo-cartilagineuse ; elle est adhérente au sourcil et absolument indolore. Dans la région frontale droite, existe une tuméfaction de la largeur d'une pièce de 2 francs, peu proéminente, sans changement de coloration des téguments et indolore.

La motilité de l'œil est normale ; il y a un peu de réaction conjonctivale et un petit ganglion sous-maxillaire à droite.

La malade souffre de douleurs rhumatismales fréquentes ; elle présente un peu de pâleur et une adynamie relative.

En Septembre 1907, on a recommencé un traitement hydrargyrique.

28 Février 1908. — Elle entre dans le service, car elle présente au niveau de la région trochantérienne gauche, un placard de gommes suppurées, arrondies ou ovalaires. La radiographie ne montre pas de lésions osseuses sous-jacentes. Traitement : 3 grammes d'iodure de potassium.

8 Mars. — Les ulcérations sont sèches et bourgeonnent.

13 Mars. — L'amélioration continue, la plupart des ulcérations sont cicatrisées. Au niveau de l'orbite, on sent encore un épaississement manifeste un peu sensible à la pression.

20 Mars 1908. — La malade sort du service en voie de guérison.

Observation LVI (Panas)

Leçons de Clinique ophtalmologique

Nous sommes en présence d'un cas qui suggère bien des réflexions et nous montrera combien il est parfois difficile de se prononcer en pleine connaissance de cause.

Le malade que voici porte, comme vous le voyez, à la jonction du tiers interne avec les deux tiers externes du rebord orbitaire supérieur, deux trajets fistuleux symétriques ; il existe à ce point un enfoncement ombiliqué de la peau qui adhère à l'os. Des deux côtés, les paupières supérieures sont attirées en haut et raccourcies ; il y a donc une double lagophtalmie, moins prononcée à droite, où l'œil reste encore recouvert, beaucoup plus marquée à gauche, avec complication d'ectropion, qui laisse l'œil exposé à l'air, aussi bien pendant la veille que pendant le sommeil ; il en résulte de ce côté, un gonflement chémotique de la partie supéro-externe de la conjonctive, avec larmoiement abondant.

Ce malade, âgé de vingt-huit ans, de bonne constitution, dit avoir contracté un chancre en 1889, étant au régiment ; traité par les pilules de protoiodure d'hydrargyre, il n'aurait présenté aucun accident spécifique depuis lors. Il y a quatorze mois, il a vu apparaître sur les points du rebord

orbitaire gauche que je viens de vous indiquer, une tuméfaction qui a suppuré et a déterminé la fistule que nous constatons. Même chose s'est produite à droite, dix à douze mois après, à part un léger empâtement des parties molles du front au niveau des deux bosses sourcilières, où la pression éveille peu de douleur, il n'existe aucune voussure osseuse, ni là ni du côté de l'orbite, pouvant faire croire à une sinusite. L'exploration au stylet des trajets fistuleux, montre une légère dénudation de l'os, mais toutes les tentatives destinées à faire pénétrer l'instrument dans la cavité des deux sinus frontaux restent sans résultat. L'examen rhinoscopique démontre que, sous la narine gauche, la muqueuse est injectée, et la cloison quelque peu déviée de ce côté ; mais il n'y a ni croûte ni ozène ; le pharynx est également rouge sans productions adénoïdes ; tout au plus constate-t-on de la sécheresse de l'arrière-gorge. Amygdales normales ; pas de ganglions, sauf un léger engorgement du préauriculaire gauche, pouvant se rattacher d'ailleurs à l'ectropion de la paupière supérieure correspondante.

Il y a peu de temps encore, le diagnostic, porté d'emblée, eût été celui de gommes par périostite syphilitique mais, depuis que nous savons combien sont fréquents les cas de sinusite frontale passés inaperçus et confondus avec les gommes, une discussion serrée devient nécessaire.

J'aurai, je l'avoue une propension très nette à rattacher ce cas à une double sinusite frontale ; mais je ne puis oublier que cet homme est un syphilitique tertiaire et, comme tel, tout autant justiciable d'ostéopériostite orbitaire de cette nature, d'autant plus qu'en supposant le trajet communiquant avec le sinus, rien n'empêche d'admettre qu'une gomme nécrosante ait pu ouvrir celui-ci par usure, de dehors en dedans. Inversement, un abcès réellement non communiquant n'exclut pas nécessairement l'idée d'un empyème frontal.

Un argument qu'on pourrait peut-être faire valoir ici en faveur des gommes, c'est la bilatéralité et la symétrie des lésions fistuleuses ; toutefois, il ne s'agit pas là d'une preuve péremptoire, le même fait pouvant survenir au cas

de sinusite double.

En présence de ces incertitudes de diagnostic, comme vous le voyez inévitables, je me propose d'agir de la manière suivante : sans m'attarder à un traitement spécifique d'épreuve qui a d'ailleurs été tenté à Saint-Louis sans succès, je vais intervenir chirurgicalement.

N. B. — L'opération nous a mis en présence de séquestres provenant de la paroi orbitaire du sinus : ceux-ci une fois extraits, le sinus s'est trouvé largement ouvert ; il contenait alors très peu de pus, mais sa muqueuse était rouge et tomenteuse ; barage antiseptique et bourrage à la gaze iodoformée ; pansement ouaté sec. Actuellement après un mois, la guérison s'accentue, le malade ne souffre plus de son œil gauche et le trajet fistuleux du côté droit est à peu près tari.

Réflexions. — Etant donné ce que nous avons dit plus haut sur la symétrie absolue des lésions, l'absence d'accumulation de pus dans le sinus gauche que nous avons ouvert, l'absence d'état ozéneux qui, comme on le sait, est à l'origine à peu près constante de ces sinusites, enfin, l'état syphilitique du malade, nous nous demandons si, dans un cas semblable, on est vraiment pas autorisé à admettre des productions gommeuses térébrantes ayant déterminé la communication subséquente des foyers avec le sinus.

Observation LVII (Inédite)

Due à l'obligeance de notre maître M. le Professeur Cange

Le 18 Juin 1920, entre dans le service de la clinique ophtalmologique, salle Panas, le nommé T..... Charles, âgé de 38 ans, pour une tumeur siégeant au niveau de la partie externe du rebord orbitaire supérieur.

Son père et sa mère sont morts vers l'âge de 55 ans. Il a une sœur en vie et en bonne santé.

C'est un homme robuste, de bonne constitution, célibataire, qui exerce la profession de charretier et dont le passé pathologique est chargé. A l'âge de 10 ans, il aurait eu une pneumonie grave, deux ans après, il aurait fait un phlegmon à la suite d'une infection cutanée de la face dorsale du

pied gauche. Il dit avoir eu à 25 ans une blennoragie qui guérit sans complications ; à 26 ans, il contracte un chancre de la portion gauche du scrotum dont il a conservé la trace et pour lequel il n'a suivi qu'un traitement local.

En 1916, à la suite d'un traumatisme au niveau du pied gauche, une large plaie se constitue occupant la région de la malléole interne et du talon. Il entre à l'hôpital de Mustapha où il subit une amputation au niveau du tiers inférieur de la jambe.

Dans le courant du mois de Mai 1920, sans douleur, sans fièvre et sans céphalalgie, la paupière supérieure droite devient légèrement rouge dans toute son étendue ; elle est œdématiée, tombante et recouvre le globe oculaire. Elle donne même au malade l'attitude caractéristique du ptosique qui renverse la tête en arrière pour apercevoir les objets placés devant lui. Le malade se soigne lui-même par des compresses humides chaudes, mais ne constatant aucune amélioration, il va consulter un médecin qui prescrit un traitement local par des compresses humides froides et un collyre au sulfate de zinc. Quelques jours après, gêné pour se conduire, il heurte de la région frontale droite, le brancard d'une voiture et à partir de ce moment, l'affection progresse rapidement.

Le 7 Juin 1920, une tumeur de la grosseur d'une noix apparait à l'extrêmité externe du rebord orbitaire supérieur, elle s'accroît de jour en jour, l'œdème palpébral augmente et envahit les régions voisines, le globe oculaire est complètement masqué, la paupière supérieure considérablement augmentée de volume, d'un rouge vif, tombe au devant de la paupière inférieure. Le 18 Juin, le malade est hospitalisé dans notre service salle Panas.

A son entrée, on constate une tumeur de la grosseur d'une petite mandarine, occupant l'angle supéro-externe de l'orbite, la paupière présente l'aspect précédemment décrit. Les téguments qui recouvrent la lésion sont chauds, tendus, rouges et luisants. La palpation de la tumeur ne décèle aucun point de ramolissement, elle est uniformement empâtée et lorsqu'on essaye de la mobiliser on sent qu'elle est adhérente aux plans profonds. A aucun moment

de l'examen, le malade n'accuse de la douleur. Le globe oculaire examiné, ne présente aucune lésion et la vision est conservée, En présence de ces phénomènes inflammatoires et pensant que nous pouvions avoir à faire à une collection supurée, nous faisons une ponction exploratrice avec une aiguille de gros calibre. Celle-ci ne ramène aucun liquide, on éprouve de la difficulté à mobiliser l'aiguille au sein de la tumeur et on a l'impression nette que son extrémité n'est pas libre. Devant le résultat négatif fournit par la ponction, nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'une lésion d'ostéopériostite syphilitique du rebord orbitaire supérieur droit. Nous souvenant que le malade avait eu un chancre à 26 ans, nous procédons à un examen général qui vient confirmer notre hypothèse et jeter une pleine lumière sur l'étiologie de l'affection. Cet examen nous montre une cicatrice étendue occupant presque toute la région latérale gauche du scrotum. Cette cicatrice est souple sauf au niveau de la partie antérieure, où il existe une zone épaissie, Le malade questionné, dit que son ulcération siégeait à cet endroit ; au niveau de la région supéro-antérieure du thorax, de la clavicule et de l'épaule gauches, existe une large cicatrice cutanée blanchâtre qui serait la conséquence d'une brûlure de l'enfance. L'examen de la région bucco-pharyngienne fait découvrir du côté gauche, une perte de substance assez large, ayant atteint la région des piliers du voile du palais, ainsi que la paroi pharyngienne. La nature syphilitique de ces lésions n'est pas douteuse. On fait un prélèvement de sang pour une réaction de Bordet-Wassermann. L'examen sérologique fait le 28 Juin 1920, au laboratoire de l'hôpital, donne un résultat négatif par le procédé de Wassermann et positif par celui de Hecht.

Pour éliminer une lésion sinusienne possible, le malade est envoyé en consultation au service d'oto-rhino-laryngologie. La transillumination des sinus donne un éclairage normal et la fosse nasale droite montre l'hypertrophie du cornet moyen.

Le diagnostic d'ostéopériostite syphilitique du rebord orbitaire supérieur droit est posé. On propose au malade

un traitement spécifique et à cette fin on l'évacue dans le service de vénérologie, salle Hardy le 28 Juin 1920. Le 30 Juin, à la suite d'une contrariété, il quitte l'hôpital et nous le perdons de vue.

Le 23 Juillet il est à nouveau hospitalisé salle Hardy, d'où on nous l'envoie en consultation. La lésion se présente alors à nous sous un aspect tout à fait nouveau. A la tuméfaction, a fait place une large ulcération à bords taillés à pic. Aux dires du malade, le 5 Juillet, il aurait remarqué que du pus commençait à sortir au niveau du point où avait été pratiqué la ponction exploratrice, une ulcération apparut en ce point et s'accrut rapidement.

Cette large surface ulcérée, de dimension d'une petite paume de main, à bords décollés et irréguliers, déborde le rebord orbitaire de deux travers de doigt. Elle envahit la région temporale, les deux tiers externes de la paupière supérieure sont détruits, ce qui découvre le globe oculaire et permet au malade de voir avec son œil droit. Un traitement mixte arséno-mercuriel est commencé. Tous les deux jours, on fait une injection intra-musculaire de 0,01 de biiodure de mercure, et une fois par semaine une injection intra-veineuse à dose croissante d'arsénobenzol. Quatorze injections de biiodure de mercure et six injections de novarsénobenzol sont ainsi faites.

Le 8 Octobre 1920, le malade est évacué dans le service de clinique ophtalmologique pour un ulcère de la cornée. Le traitement local est institué : lavage, atropine, collargol, pommade iodoformée. On tente un recouvrement conjonctival pour suppléer à la perte de la paupière supérieure et pour protéger la cornée ; malheureusement, les fils ne tiennent pas, la cornée se perfore, se dessèche et le globe s'atrophie.

Pendant que la lésion cornéenne évoluait, la cicatrisation de la lésion temporo-orbitaire s'opérait. Le 6 Novembre 1920, deux petits séquestres osseux, situés au-dessous de l'angle externe, viennent très facilement à l'aide d'une pince.

Le 22 Novembre, un gros séquestre est saisi avec une

pince a forcipressure et se détache assez aisément après de légères tractions.

Durant cette longue évolution, l'acuité visuelle de l'œil gauche est restée égale à 1 et le fond d'œil normal.

La lésion étant presque complètement cicatrisée, le malade sort de l'hôpital sur sa demande, le 24 Décembre 1920. Deux fois par semaine, il vient à la consultation de la Faculté où le traitement anti-syphilitique est continué sous forme d'injections d'huile au calomel, à raison d'une par semaine. Quatorze injections intra-musculaires lui sont faites ainsi que six injections intra-veineuse de cyanure de mercure à 0,01 centigramme.

Le 23 Juillet 1921, il est hospitalisé à nouveau dans notre service, et le 2 Août 1921, sous-anesthésie générale au chloroforme on tente une blépharoplastie.

Une incision curviligne est tracée à 4 m/m de la limite de la perte de substance. On dissèque toute la portion conjonctivale adhérente aux plans profonds que l'on rabat comme un volet au devant du moignon oculaire, de façon à reconstituer le cul de sac conjonctival supérieur. Pour combler la perte de substance ainsi créée, on taille dans la région temporale un lambeau pédiculée suivant la méthode de Fricke, que l'on applique dans la perte de substance et que l'on suture. En raison de l'étendue de la surface à combler, le lambeau ne fut pas assez large. On fut obligé, dans une deuxième intervention, pratiquée le 17 Août 1921, de refaire une blépharoplastie par le même procédé au moyen d'un lambeau pris un peu au-dessous et en arrière du premier. La cicatrisation se fit normalement, et le 6 Octobre 1921, le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

d) *Ostéopériostite lacrymo-nasale.*

A côté des trois grandes variétés d'ostéopériostite syphilitique de l'orbite que nous venons de décrire, une place importante doit être réservée aux lésions syphilitiques siégeant sur l'apophyse pyramidale du maxillaire supérieur ou sur la portion de la face

externe de l'os unguis, située en avant de la crête lacrymale postérieure. C'est à ces lésions que l'on réserve le nom d'ostéopériostite lacrymo-nasale. En 1749, Bœrhave parlant des tumeurs qui peuvent se développer, sur l'os unguis ou sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur et comprimer le sac lacrymal à la façon d'un polype, s'exprimait ainsi : « La même maladie arrive dans la vérole, savoir l'exostose de cet os qui produit la compression ».

Tavignot étudie les exostoses du canal lacrymo-nasal, dans un travail parut en 1848 ; plus tard, Richet et Gosselin apportent de nouvelles observations d'exostose syphilitique de la gouttière lacrymale. En 1880, Larebière, dans sa thèse consacrée à l'étude des altérations syphilitiques des voies lacrymales, rappelle tout ce qui a été dit sur la question et publie deux observations d'exostoses syphilitiques lacrymo-nasales que nous rapportons plus loin.

Comme pour les autres localisations orbitaires, c'est à toutes les périodes de l'infection que ces lésions peuvent apparaître, et elles affectent la forme d'ostéopériostite simple, la forme gommeuse, ou d'exostose.

A la période de début, on constate dans la région du sac lacrymal une grosseur, véritable tumeur inflammatoire, à bord mal limités, plus ou moins douloureuse suivant l'activité du processus congestif. En même temps, le malade a du larmoiement occasionné par la compression exercée sur le sac lacrymal, par les lésions d'ostéopériostite ; le cathétérisme reste possible, mais les voies lacrymales sont imperméables aux liquides. Les mouvements du globe peuvent être gênés, particulièrement celui d'adduction qui peut même réveiller de la douleur, et déterminer de la diplopie souvent accusée par le malade.

L'œdème envahit les deux paupières dans leur par-

tie interne, les téguments changent de coloration, deviennent rouges violacés, et la palpation est très douloureuse. Devant ce tableau clinique, le diagnostic habituellement porté est celui de dacryocystite ; si les phénomènes inflammatoires sont très marqués on pense au phlegmon du sac avec péricystite, car la palpation devient impossible tellement la douleur est vive. Dans la variété d'ostéopériostite gommeuse les téguments amincis ne tardent pas à s'ulcérer. La gomme se vide au dehors et une fistule s'établit. A partir de ce moment, la douleur s'apaise et l'exploration au stylet permet de découvrir le point osseux, dénudé, qui pourra par la suite s'éliminer sous forme de séquestre.

Durant l'évolution de la gomme, le sac lacrymal peut à son tour être atteint par les lésions de syphilis gommeuse. Pendant longtemps, on s'est demandé si les affections syphilitiques du sac lacrymal étaient primitives ou si elles étaient toujours secondaires à des lésions osseuses de la gouttière lacrymale. Nous savons aujourd'hui que le sac lacrymal peut être seul atteint, à l'exclusion de toute lésion de voisinage. Si les lésions d'ostéopériostite gommeuse lacrymo-nasale ne sont pas rares, les exostoses syphilitiques de la même région sont assez souvent observées. Les signes cliniques rappellent ceux de la gomme lacrymo-nasale, avec diplopie, larmoiement, douleurs, mais ici les phénomènes inflammatoires n'existent pas et la palpation permet de découvrir une tumeur dure. L'évolution est plus lente que dans la gomme et se sont surtout les signes de compression qui dominent le tableau clinique.

Les complications qui peuvent apparaître dans l'ostéopériostite lacrymo-nasale, sont la destruction de l'unguis, qui met en communication la cavité orbitaire avec les fosses nasales, l'extension des

lésions osseuses à la base du nez, et des lésions du globe oculaire, avec kératite ulcéreuse, perforation de la cornée, atrophie du globe et cécité. Le pronostic de cette localisation syphilitique est donc grave.

Observation LVIII (Morax et Chaigneau-Thèse Chaigneau)

V... Marcel, trente deux ans, artiste lyrique, se présente à la consultation ophtalmologique de Lariboisière le 21 Septembre 1905, parce qu'il souffre de larmoiement à droite et à gauche. On constate des deux côtés une tuméfaction légère de la région du sac, après un débridement, on fait quelques cathétérismes avec la sonde n° 3 et le larmoiement disparait.

16 Novembre 1905. — Le malade revient et se plaint de voir double. L'examen permet de conclure à une diminution de la mobilité du grand oblique. Cette lésion paraît d'origine mécanique ; car il y a à la base du nez une tuméfaction qui empiète sur les angles internes.

23 Novembre. — Apparait une exophtalmie légère avec élévation et déviation du globe en dehors, sans douleurs locales ni céphalées.

Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires. Il a eu la diphtérie à quatre ans et une pneumonie à vingt-deux ans. Il y a deux ans, il a suivi à Saint-Louis pendant trois mois un traitement hydrargyrique, puis un mal de gorge qui n'a cédé qu'un an après un traitement purement local.

Devant ce fait, on prescrit une série de piqûres d'huile grise.

1er Décembre. — L'empâtement et la rougeur ont diminué, le globe oculaire a toujours des mouvements limités surtout en dehors et en bas.

12 Février 1906. — Malgré une série de six piqûres d'huile grise, il se produit une nouvelle poussée. Les symptômes sont les mêmes : empâtement et rougeur, diminution des mouvements, adduction douloureuse, douleur à la pression au niveau de l'angle interne. — Piqûre de calomel.

Le malade se soigne très irrégulièrement, car il est occupé par son théâtre. En avril 1906, il a eu trois piqûres de calomel ; il part en tournée et remplace les piqûres par des pilules de Dupuytren.

Il revient le 28 Mai, n'ayant pas suivi de traitement depuis un mois et demi. Il y a deux jours est apparue une teinte érythémateuse de la paupière inférieure au niveau du contour orbitaire et un empâtement de la région avoisinante, mais il n'y a plus de diplopie et la fusion binoculaire est normale.

OD. V = 12 opt. OG. V = 12 opt.

On refait des piqûres de calomel.

En décembre 1906, l'état général est bon, mais depuis quarante-huit heures, il s'est de nouveau produit un gonflement de la région lacrymale gauche. Pas de douleurs spontanées, ni à la pression des rebords orbitaires ; le larmoiement n'a pas augmenté.

On revoit le malade en Juin 1908 ; il se porte bien depuis deux ans, il a été soigné par le mercure et l'iodure de potassium. La région orbito-nasale est normale, les pupilles sont égales et ont des réflexes normaux, la vision binoculaire existe et il n'y a pas de diplopie.

On aperçoit quelques lésions choroïdiennes périphériques très discutées. En Mai 1909, l'état est le même. Il n'y a pas eu de traitement depuis un an.

Observation LIX (Galezowski. — Thèse Larebière)

Mademoiselle D... âgée de 29 ans, vint me consulter le 8 Avril 1880. Depuis un an son œil droit pleurait, mais ce larmoiement avait diminué sous l'influence d'un collyre dont elle ne connait pas la composition, lorsque pendant les grands froids de l'hiver dernier, le larmoiement a reparu et le mal s'est déclaré plus intense, En examinant cette malade, j'ai pu constater l'existence dans toute l'étendue du sac lacrymal droit d'une saillie semblable à celle que présente la tumeur lacrymale dont elle différait cependant par certains caractères importants. En effet, elle était dure, résistante, très peu mobile ; la pression exercée sur cette tumeur ne faisait rien sortir par les

points lacrymaux ni par le nez, on provoquait en même temps un peu de douleur. La malade disait en outre, être incommodée par des névralgies siégeant principalement du côté droit de la tête. En présence de tout cet ensemble symptomatique, le diagnostic a été ainsi formulé : gomme syphilitique avec périostose. Une injection d'eau pratiquée par le point lacrymal inférieur n'a pas passé ; j'ai pratiqué l'incision de ce point et du conduit correspondant suivie du cathétérisme.

Interrogée au point de vue de ses antécédents, la malade raconte qu'en 1877, elle a eu un mal de gorge qui a duré un mois ; elle s'est aperçue aussi qu'elle perdait ses cheveux à tel point qu'elle a du les couper. Elle n'a suivi aucun traitement.

Je lui ai prescrit de 1 à 2 grammes par jour d'iodure de de potassium, je lui ai conseillé de faire sur sa tumeur des frictions mercurielles. Au bout de peu de temps, la tuméfaction a disparu et le larmoiement en même temps. Nous avons revu cette malade en Novembre 1880, la guérison ne s'était pas encore démentie.

Observation LX (Galezowski. — Thèse Larebière)

PÉRIOSTOSE GAUCHE DE LA RÉGION DU SAC

H. B..., âgée de 29 ans, est venue me consulter le 12 Août 1878. Elle était atteinte d'une périostose dans la région du sac lacrymal du côté gauche, le sac était atteint lui-même de fistule ouverte du côté des fosses nasales et de catarrhe. La malade a perdu ses cheveux il y a 15 mois, adénopathie cervicale, soupçons de syphilis. Traitement suivant : frictions mercurielles et iodure de potassium. Le 23 Août amélioration, la tumeur diminue. Le 2 Octobre guérison.

Observation LXI (Morax et Chaigneau - Thèse Chaigneau)

A... Louis, treize ans, présente la plupart des caractères de l'hérédo-spécifité, né à terme, il est nourri par sa mère, marche à dix-huit mois. Depuis sa naissance, il a eu des ulcérations cutanées fréquemment, autour de la bou-

che, des narines et aux doigts. A neuf mois, écoulement des oreilles ; actuellement, il est sourd ; microdontisme, dents d'Hutchinson, asymétrie faciale.

Sa mère a eu d'un premier lit sept grossesses : une fille âgée maintenant de vingt-cinq ans et bien portante, née à terme ; cinq garçons nés à terme et tous morts de méningite entre six et dix mois ; notre malade. D'un second mariage, deux filles à termes mortes à neuf et dix mois, de méningite ; un garçon à terme âgé de sept ans, ayant une tumeur blanche du genou.

Le père du petit malade, alcoolique, est mort à trente-cinq ans, de laryngite tuberculeuse.

Cet enfant a été soigné à partir de Février 1907, pour une kératite interstitielle bilatérale dans le service de M. le Docteur Morax.

Traitement : atropine et piqûres d'huile grise.

En Novembre 1907, est de nouveau soigné à Lariboisière pour une conjonctivite gonococcique, sans lésions cornéennes ; le 12 Janvier, la guérison est complète, il n'y a plus de microorganismes, les cornées sont transparentes ; plus de réaction conjonctivale. Le malade vient de nouveau consulter en février 1908, pour un gonflement de la région lacrymale gauche, apparu depuis deux jours ; ce gonflement ne provoque pas de douleurs spontanées, la pression en détermine de très peu vives ; cet empâtement recouvert de peau rouge violacé s'étend à toute la région du sac et aux paupières, surtout à l'inférieure. Les voies lacrymales sont perméables.

Traitement : piqûres de cyanure de mercure trois fois par semaine.

Nous avons pu revoir ce malade le 21 Juin 1909. Il se porte bien depuis qu'il a quitté le service ; il n'y a aucun épaississement osseux au niveau de la gomme ancienne.

O D. — Lésions cornéennes interstitielles confluentes. Pupille irrégulière, dépôt pigmentaire sur la cristalloïde antérieure.

Milieux transparents, fond normal. V = 5/25.

O G. — Cornée transparente, quelques lésions interstitielles peu accentuées.

Iris, pupille, milieux et fond : normal O G. — 1°. V= 5/7,50.

Observation LXII (Morax et Chaigneau-Thèse Chaigneau)

Il y a six mois, en Mai 1904, G..... Louise, sucrière, cinquante-deux ans, s'aperçoit qu'il lui vient des bosses au front et à la tempe ; ces bosses ne sont ni douloureuses, ni accompagnées de maux de tête. Trois mois après, elle est soignée dans le service d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière, pour une extinction de voix, on fait un traitement local. En même temps, apparaît une petite tuméfaction dans la région du sac à droite.

Actuellement, le 24 Octobre 1904, il y a dans la région frontale moyenne, une tuméfaction de la grosseur d'une petite noix, mais aplatie et fluctuante, qui est entourée d'un épaississement du périoste. Il y a d'autres tumeurs disséminées dans la région frontale et temporale ; le nez est aplati. Entre la base du nez et le sac lacrymal, on trouve une tumeur grosse comme une noisette, rouge et fluctuante ; elle est prolongée en bas par un épaississement de l'os non ramolli ; il n'y a pas de larmoiement.

A la face antéro-interne du tibia gauche, au-dessous de la tubérosité, il y a une tuméfaction aplatie, rouge douloureuse, d'une hauteur de 5 centimètres environ.

O D + 1/10, V — 10 opts.

O G + 1/10, V — 10 opts.

Traitement : piqûres de cyanures de Hg.

Après trois piqûres, la malade ne revient pas.

Nous l'avons revue le 31 Mai 1909. Après avoir quitté Lariboisière, elle fut obligée de consulter à Saint-Louis, pour la tumeur de la jambe gauche qui s'était ulcérée. On lui conseilla de rentrer à l'hôpital et elle y séjourna pendant six semaines. Comme traitement, on lui fit prendre de l'iodure de potassium. Elle sortit guérie, de sa jambe et des lésions de la face.

Quand nous la revoyons, elle présente dans la région frontale moyenne, au-dessus de la tête du sourcil droit, une cicatrice déprimée, en forme de gourde, à grosse extrémité inférieure ; la peau est lisse et blanche, adhérente au plan osseux.

Au niveau de l'os propre du nez et de la branche montante du maxillaire droit, existe une autre cicatrice, moins

apparente, à son niveau la peau est mobile. Il n'y a pas de larmoiement. Le nez est aplati en lorgnette ; cette particularité se serait produite à la suite d'une chute, alors que la malade avait une quarantaine d'années. La voix est nasonnée, mais il n'y a pas de perforation de la voûte palatine, ni du voile.

Observation LXIII (Antonelli)

Une femme de trente-neuf ans vint consulter le Docteur Antonelli, le 7 Mai 1900, pour un larmoiement de l'œil gauche ainsi qu'une petite tumeur de l'angle interne de cet œil. Dans cette région, la commissure palpébrale paraissait légèrement soulevée par une sorte d'ectasie du sac lacrymal, ayant le volume d'un tout petit pois, molle au toucher, s'affaissant mais ne se vidant pas sous la pression du doigt. Le cathétérisme se faisant sans difficulté on pensa à une cellulite orbitaire rétro-lacrymale ; mais après une incision entre la caroncule et la commissure interne et l'écoulement d'une toute petite quantité de pus, une sonde métallique laissa percevoir la partie antérieure de la lame papyracée de l'ethmoïde, dénudée du périoste sur une assez vaste étendue. Il n'y a pas de syphilis acquise chez la malade : son mari bien portant n'a pas d'antécédents spécifiques. Ses parents à elle sont morts : sa mère a eu cinq grossesses : 1° notre malade ; 2° un frère de trente-deux ans (pas examiné) ; 3° un frère de vingt-huit ans (pas examiné) ; 4° un enfant mort à quinze jours ; 5° une grossesse double, les deux jumeaux morts à quinze jours.

La malade elle-même a eu six grossesses : 1° deux jumeaux morts, le premier à sept semaines, le second à quatre mois ; 2° une fausse-couche de quatre mois ; 3° un enfant mort à cinq mois ; 4° un enfant vivant, aujourd'hui âgé de sept ans (non examiné) ; 5° un enfant vivant âgé de cinq ans (non examiné) ; 6° deux jumeaux, morts le premier à quatre mois, le second à cinq mois.

Cette polymortalité de la progéniture, une asymétrie faciale assez prononcée, une friabilité oculaire exagérée, des traces d'ancienne ostéite, auxquels viennent se joindre

des signes ophtalmoscopiques de syphilis héréditaire (dystrophie pigmentaire), diffuse de la choriorétine et pigmentation du disque optique, l'absence de lésion sinusienne après un examen très approfondi du Docteur Dedsbury, inclinent le Docteur Antonelli à penser à une ostéopériostite hérédo-syphilitique. Il institua un traitement énergique : injection d'huile biodurée et iodure de potassium par la voie gastrique.

Le trajet fistuleux se cicatrisa assez rapidement ; en même temps, la malade fut complètement soulagée des maux de tête et des étourdissements qui la tourmentaient et elle éprouva une amélioration remarquable de son état général.

Observation LXIV (Inédite)

Due à l'obligeance de notre maître M. le professeur Cange

Le 17 Novembre 1919, le nommé B.... Jacques, d'origine italienne, journalier de son métier, âgé de 28 ans, entre en chirurgie salle Larrey, pour une cicatrice ulcérée située à deux centimètres au-dessus de la région moyenne du pli inguinal droit.

Son père et sa mère sont en vie et en bonne santé.

Il est l'aîné d'une famille de trois enfants vivants, il a un frère et une sœur bien portants. Il aurait perdu deux frères, l'un à l'âge de 12 ans de méningite ; l'autre d'une affection indéterminée.

C'est un homme bien constitué, sans infirmités et n'ayant jamais connu de maladie sérieuse ; il dit avoir eu un chancre mou à l'âge de 15 ans et avoir abusé d'alcool. Il a été mobilisé pendant la guerre et c'est en 1915 qu'il a été blessé par un éclat d'obus dans la région inguinale droite.

Depuis deux mois, alors qu'antérieurement il était bien portant, le malade déclare avoir tous les soirs vers 18 heures des accès de fièvre accompagnés de douleurs articulaires très violentes, surtout marquées aux coudes, aux poignets, aux genoux et aux cous-de-pied. Ces manifestations articulaires qui obligent le malade à garder le lit et empêchent tout sommeil, ne se calment que vers les trois

heures du matin. En même temps que la fièvre et les phénomènes douloureux apparaissent, il commence à maigrir, a d'abondantes transpirations diurne et nocturne, constate qu'il a une abondante chute de cheveux, et se plaint d'une céphalalgie surtout marquée pendant la nuit.

Dès le début de ces troubles, un petit bouton rouge indolent qui grossit insensiblement, est apparu dans l'angle supéro-interne de l'orbite gauche. Des applications humides chaudes font disparaître pour quelques jours la rougeur des téguments.

Inquiet de voir tous ces phénomènes augmenter et ayant, d'autre part, ulcéré sa cicatrice de blessure à la suite de grattages provoqués par une pédiculose du pubis, le malade se fait hospitaliser.

A son entrée en chirurgie, le sujet se présente avec un mauvais état général ; il est émacié, sans force, il tousse et a une expectoration muco-purulente assez abondante et des transpirations profuses pendant la nuit. La température prise régulièrement matin et soir, montre qu'il existe une fièvre du type intermittent, dont l'acmé atteint le soir varie entre 38°5 et 39°.

Un peu au dessus de la région moyenne du pli inguinal droit, existe une plaie irrégulièrement ovalaire, peu profonde, mesurant environ cinq centimètres dans son plus grand diamètre et siégeant au niveau d'une ancienne cicatrice. Les téguments qui l'entourent sont rouges violacés, les bords sont décollés et il s'écoule un liquide séro-purulent. Des pansements aseptiques sont appliqués, la plaie se déterge mais ne présente aucune tendance à la cicatrisation.

A l'examen général, on note de la bronchite diffuse. Les autres appareils sont normaux, le malade accuse des douleurs sourdes dans les membres et, d'autre part, la petite tuméfaction qui siège dans l'angle interne de l'œil gauche, s'est ulcérée. C'est à ce moment que nous sommes appelés à donner notre avis sur cette dernière lésion.

Au niveau de la région lacrymale gauche, nous constatons qu'il existe une ulcération des dimensions d'un petit haricot, dont le bord convexe est situé sur la face latérale

du nez, le pourtour de la lésion est rouge violacé, irrégulier. Il s'en écoule une sécrétion jaunâtre mal liée, qui s'évacue également par la narine gauche lorsque le malade fait par le nez des mouvements d'expiration forcée. Cette ulcération affleure par son bord interne de façon égale, les extrémités internes des paupières supérieure et inférieure gauche. La région du sac lacrymal est complètement détruite et on aperçoit dans le fond de la plaie l'unguis dénudé.

Le 17 Décembre, le malade est évacué dans notre service, salle Panas.

Durant les jours qui suivent, nous assistons à la progression régulière des lésions. L'ulcération gagne le rebord orbitaire inférieur et empiète sur le 1/3 interne de la paupière inférieure.

Toute la région environnante présente un état inflammatoire accentué. On pense en présence de ces lésions et du mauvais état général du malade à une lésion bacillaire de la région lacrymale, toutefois l'hypothèse d'une péricystite gangréneuse est envisagée, étant donné la rapidité d'évolution du processus.

En procédant de nouveau à l'examen général du malade nous découvrons une cicatrice de chancre au niveau du sillon balano-préputial du côté droit ; la palpation des régions inguinales, épitrochléennes, axillaires, carotidiennes décèle une polymicroadénite.

L'auscultation de l'appareil pulmonaire, montre des signes de bronchite généralisée, la fièvre persiste avec grandes oscillations, l'expectoration est abondante, mucopurulente et nummulaire. On nous dit qu'il est atteint de tuberculose pulmonaire, une grossière erreur de technique, ayant fait conclure à la présence du bacille de Koch dans ses crachats. Devant la gravité de l'état général, nous évacuons le malade sur le service du professeur H. Soulié, le 6 Janvier 1920. Le professeur Soulié reconnait la faute bactériologique, redresse l'erreur diagnostique et pense à la syphilis.

Le 31 Janvier, pour complément d'examen et en raison des antécédents vénériens, on fait pratiquer une réaction

de Bordet-Wasserman dans le sang. Le résultat de l'examen sérologique étant positif, le malade est mis dès le 2 Février au traitement mixte arséno-mercuriel. Tous les deux jours, on lui fait une injection intra-veineuse de 0 gr. 01 de cyanure de mercure et une fois par semaine une injection à dose croissante de novarsénobenzol. Dès les premiers jours du traitement antisyphilitique, la fièvre tombe pour disparaître complètement ; une semaine après, les signes bronchiques s'atténuent, l'ulcération de la région lacrymale gauche entre en voie de cicatrisation, en même temps que l'état général se transforme.

Le 10 Février un petit fragment osseux nécrosé est expulsé.

Le 15 Mars, le malade est adressé au service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital, où un examen rhinoscopique montre une gomme de la cloison.

Le traitement spécifique est poursuivi jusqu'au 27 mars. A cette date nous revoyons le malade. La plaie de la région inguinale droite est guérie et porte une cicatrice souple qui s'étend de l'angle interne de l'œil à la face latérale gauche du nez et longe le 1/3 interne du rebord orbitaire inférieur. Il persiste un gros pertuis, dont l'orifice a dans son plus grand diamètre 3 millimètres environ, qui est situé à 4 millimètres au-dessous du grand angle de l'œil et qui est en communication avec la fosse nasale correspondante. Les narines étant bouchées, si le malade fait un effort expiratoire, l'air vient sortir par ce large pertuis en produisant un sifflement.

Le malade sort le 8 Avril complètement guéri, la fièvre a disparu et l'expectoration est à peine marquée. Depuis le début du traitement mixte arséno-mercuriel, l'état général s'est complètement transformé et le malade a vu son poids augmenter de 11 kilogs.

Depuis sa sortie, nous avons revu le malade, la guérison se maintient.

DIAGNOSTIC

En présence d'une symptomatologie se rapprochant de l'un des types cliniques, étudiés dans le chapitre précédent, deux questions se posent : quel est le siège des manifestations observées et quelle en est la nature étiologique.

Lorsque la lésion est superficielle et peut-être explorée, on peut mettre en évidence son degré de mobilité, déceler un point douloureux localisé et constater si elle est limitée par un bourrelet périostique. A la période de fistulisation, l'exploration au stylet, conduit bien souvent sur une surface osseuse dénudée et le malade peut renseigner sur l'élimination de petits séquestres osseux. Cette première étape, conduit au diagnostic d'ostéopériostite marginale ou de la partie antérieure des parois orbitaires.

L'étude des commémoratifs qui repose sur l'analyse des antécédents pathologiques du malade, autant héréditaires que personnels, permet dans certains cas d'affirmer l'origine syphilitique des lésions. En même temps qu'évoluent les lésions de l'orbite, un examen complet peut déceler des manifestations de syphilis récente, ancienne, ou d'hérédo-syphilis. Une réaction de Bordet-Wassermann sera faite, elle a la valeur d'un symptôme précieux qui, d'accord avec d'autres manifestations, peut contribuer à établir le diagnostic de syphilis.

Le diagnostic différentiel est à faire avec l'ostéopériostite aiguë. Cette dernière, succède à une plaie infectée de la région, ou à une maladie infectieuse. Elle s'en différencie par sa marche ordinairement aiguë, avec frissons, élévation de la température, nausées, vomissements et état infectieux en cours ou

antérieur ; comme l'infection syphilitique peut présenter le même tableau, on peut, s'il existe une collection fluctuante, faire une ponction qui ramènera en cas d'ostéopériostite aigüe, infectieuse, un pus dont l'examen bactériologique et la culture, permettront l'identification de l'agent microbien pathogène.

Le diagnostic peut être également à faire, avec la gomme du tissu cellulaire sous-cutané de la marge de l'orbite. Au début, celle-ci est ferme, mobile sur les plans sous-jacents. Les phénomènes douloureux et inflammatoires sont peu marqués ou absents. Mais le diagnostic devient difficile et parfois impossible à la période de gomme compliquée de phagédénisme ; outre qu'elle adhère à la peau, elle s'entoure d'une infiltration diffuse, œdémateuse, qui l'immobilise, par la profondeur elle attaque l'os sous-jacent. Ce sera l'évolution qui renseignera, si le malade n'est vue qu'à cette période tardive.

Il faudra songer à la périostite tuberculeuse, qui est ordinairement indolore et à marche lente. Dans ce cas, la lésion n'est pas seule, l'os malaire est fréquemment intéressé et l'atteinte bacillaire se retrouvera sous formes de lésions ganglionnaires, pulmonaires ou pleurales.

Lorsque la lésion est localisée dans l'angle interne de l'œil et appartient à la variété que nous avons décrite sous le nom d'ostéopériostite lacrymo-nasale, le diagnostic est à faire avec les affections du sac lacrymal. L'évolution de la dacryocystite aiguë est toute différente ; une lésion chronique fistulisée, orientera vers la nature tuberculeuse ou syphilitique. La dacryocystite syphilitique est également à différencier. La palpation renseigne peu, le cathétérisme des voies lacrymales, montre parfois une résistance anormale qui éveillera le soupçon de l'atteinte de la gouttière lacrymale.

L'atteinte des parois et de l'extrême pointe, soulève des difficultés de diagnostic bien plus grandes. Il est utile de rappeler les conseils que donnaient Morax et Terrier, dans un article consacré au diagnostic des tumeurs de l'orbite, paru dans la *Revue de Chirargie* du mois de Novembre 1903.

« Le diagnostic de tumeur orbitaire, repose essentiellement sur le déplacement ou les troubles de motilité du globe oculaire, qui apparaissent, dès que le contenu orbitaire subit une modification quelconque.

« Avant de penser à une tumeur, il faut éliminer toute possibilité de lésions inflammatoires chroniques développées aux dépens du contenu orbitaire, des parois osseuses ou des cavités voisines, notamment des sinus. Parmi les inflammations chroniques, susceptibles de se développer dans l'orbite, on devra penser en premier lieu à celle que peut produire la syphilis ».

Avant tout, on fera un examen des sinus et des fosses nasales, l'exploration du rhino-pharynx, peut montrer des lésions des cornets, de la cloison, de la pituitaire qui établiront le diagnostic de syphilis.

Les affections des sinus, peuvent simuler en tout point une tumeur ayant son point de départ dans l'orbite ; une radiographie du crâne sera faite pour apprécier les modifications de forme de ces cavités.

Certaines mucocèles des cellules ethmoïdales, peuvent induire en erreur ; en se basant sur l'évolution, on sera amené à éliminer les tumeurs conjonctives, osseuses ou vasculaires, ainsi que les kystes parasitaires.

L'actinomycose orbitaire qui est une rareté, peut être observée, l'examen bactériologique et la culture du pus retiré par ponction, en rendront la détermination possible.

Il est fréquent que l'examen clinique général, que l'anamnèse et les recherches de laboratoire ne donnent aucune lumière. Il ne faut pas pour cela exclure l'étiologie syphilitique, le traitement sera institué, en se souvenant que la syphilis ancienne, provoque des manifestations morbides si soudaines, si inattendues, si étranges, que seul le traitement peut en faire reconnaître la nature.

TRAITEMENT

Lorsque l'examen clinique et l'étude des commémoratifs permettent de conclure à l'origine syphilitique de l'ostéopériostite orbitaire, le traitement doit être institué immédiatement, être énergique et prolongé de façon à enrayer les complications graves auxquelles elle expose.

Le traitement des manifestations syphilitiques a fait dans ces dernières années, l'objet de nombreux travaux. Actuellement, l'arsenal thérapeutique se trouve constitué par le mercure, l'arsenic, l'iodure de potassium et le bismuth. Ce dernier corps nouveau venu encore à l'étude, que certains syphiligraphes placent au même rang d'activité que les mercuriaux, pourra être employé dans certains cas de virus syphilitique résistant au mercure et à l'arsenic.

Dès le diagnostic étiologique établi et si la voie intra-veineuse est utilisable, le malade adulte sera soumis aux injections de cyanure de mercure. Ce sel est le plus actif et son efficacité paraît être à peu près égale à celles des sels arsenicaux. Il est en général bien toléré et par son emploi on ignore à peu près complètement les phénomènes de choc si commun avec les arsénobenzols et les phénomènes toxiques secondaires ou tardifs.

La dose quotidienne sera de un centigramme, ou de 0 gr. 02 tous les deux jours.

Comme autre produit pouvant suppléer le cyanure, nous rangeons le calomel, considéré longtemps par les syphiligraphes comme le « roi des mercuriaux », son efficacité est grande et les meilleurs résultats peuvent être obtenus par l'emploi d'une solution huileuse indolore.

Beaucoup moins actif, mais pouvant être également utilisé avec succès, se placent le biodure de Hg, et le benzoate de mercure.

Si l'apparition de stomatite ou de troubles gastro-intestinaux doivent faire interrompre le traitement, l'arsénobenzol et ses dérivés constituent des corps très actifs qui devront être utilisés.

Chez l'enfant, le traitement mercuriel sous forme de frictions, constitue une excellente thérapeutique. On pourra également utiliser les injections intra-musculaires de benzoate ou de biiodure de mercure.

A côté du mercure et de l'arsenic, il faut ranger l'iodure de potassium qui occupe une place modeste mais incontestée. Sans aucune action sur les accidents secondaires et sur le chancre, l'iodure de potassium exerce sur les accidents tertiaires et en particulier sur les gommes, un effet thérapeutique très actif. Il pourra être donné à des doses assez fortes, 4 gr., 6 gr., 8 grammes, en surveillant l'effet du médicament et en commençant par des doses faibles pour éprouver la susceptibilité du malade.

Les lésions fistulisées seront pansées aseptiquement pour éviter l'infection secondaire, si un séquestre osseux peu adhérent paraît entretenir la suppuration, on sera autorisé à l'extraire.

Enfin, s'il existe une collection purulente importante, elle devra être ouverte et drainée, tout en continuant le traitement général.

CONCLUSIONS

I, — La syphilis de l'orbite sous ses manifestations d'ostéopériostite simple, d'ostéopériostite gommeuse, d'exostose syphilitique, et d'après ses localisations à l'extrême pointe, sur les parois, à la marge de l'orbite, sans être fréquente, paraît moins rare qu'on l'avait supposé.

II. — Elle peut se manifester à toutes les périodes de l'infection acquise ou héréditaire : périodes secondaire, tertiaire, hérédo-syphilis à manifestations précoces ou tardives.

III, — Le diagnostic étiologiqne s'établit d'après le mode de début, la marche et l'aspect des lésions, l'examen complet du malade, l'étude des commémoratifs et en cas de doute par une réaction de Bordet-Wassermann.

IV. — Non traitée, elle peut déterminer des complications graves, de même si le traitement intervient tardivement.

V. — Le traitement doit être précoce, intensif et prolongé.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Traité des maladies des yeux.

Alexander. — Syphilis und Auge. (Wiesbaden, 1889).

Antonelli. — Périostite orbitaire hérédo-syphilitique. (Clinique Ophtalmologique, Paris 1901).

Angelo (D'). — Gomma del perioste nell' angole superior interior della cavita orbitaria. (Il Morgagni, 1881).

Arcoleo. — Deux cas de périostite de l'orbite. (Resocordo della clin. ottalm. di Palermo, 1871).

Astruc. — Traité des maladies vénériennes. (Paris 1875).

Badal. — Arch. d'Opht., 1886.

Baillart et Dehenne. — Gommes symétriques des deux orbites et de la région frontale, 1914.

Beaudonnet. — Contribution à l'étude de la syphilis orbitaire. (Thèse de Paris, 1894).

Blessig. — Ein Pall von gommoser Erkrankung der orbita der mittleren. Schadelgrube und des Geherus Klin Monatsbl. f. augenheilkunde. (Stuttgart, 1895).

Boulanger. — Société médico-chirurgicale de Brabant. (Revue méd. belge, 1894).

Boys de Loury. — Gazette hebdomadaire, 1860.

Boerhave. — Maladies des yeux, 1749.

Bull. — Lésions of the orbitals Wolls and bord den te syphilis. (New-York Medical Record, 1832).

Bull. — Encyclopédie der gesamnsten Heilkunde.

Campana. — Ostéopériostite gommosa della parete orbitaria inferiore suo metodo curativo. (Giornale ital. d. mal. ven., 1871).

Carron du Villards. — Etudes pathologiques et cliniques sur les différentes espèces d'ophtalmie. (Annales d'oculistique, 1858).

Chaigneau. — Contribution à l'étude des ostéopériostites syphilitiques de l'orbite. (Thèse Paris 1909).

Charlin. — Syphilis orbito-cranienne. (Annales d'oculistique, 1919).

Cock. — Tumeurs orbitaires. (Med. Times and Gazette. Annales d'oculistique, t. XXXVI).

Cullerier. — Précis des mal. vénériennes. (Paris 1860).

Critchett et Seiler. — Tumeurs de l'orbite. (Opht. Soc., 1886).

Demarquay. — Traité des tumeurs de l'orbite. (Paris 1890).

Delens. — Traité de chirurgie. Duplay-Reclus, Art. orbite.

Desmarres. — Inflammation de l'os et du périoste de l'orbite. (Gazette des Hôpitaux, 1853).

Desmarres.— Carie de l'orbite.(Clinique européenne,1859).

Desmarres. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux.

Dodd. — Syphilis orbitaire. (In Archives of ophtalmology, 1913).

Dmitriew. — Gomme de l'orbite. (Wiestnick ophtalmologiui, t. xxvii, 1910).

Dore. — Protusion of the globe. Diagnosis of a syphilitic nou withis the orbit. clinic. (Lect. et Rép. Lond. Hospital, 1864).

Ducamp. — Syphilis régionale de l'orbite. (Société d'ophtalmologie, Paris 1914).

Elsenberg. — Gumat ozodulu. (Gazeta Lakarska Warszawa, 1894).

Evans. — Bilatéral orbital gommata. (Amer. pract Neus-Louisville, 1890).

Fano. — De l'ostéite et de l'ostéopériostite du grand angle de l'orbite. (Gazette Médicale, 1878).

Fano. — Traité des maladies des yeux, 1860.

Fichel père. — Mémoire sur la périostite de l'orbite.

Fournier. — Leçons sur la syphilis, 1873.

Fuchs. — Die Krankecten Veredelungen der Haut und ihre auhonge. Gollengen, 1840.

Galezowski. — Amblyopies et amauroses syphilitiques. (Archives générales de médecine, 1871).

Galezowski. — Recueil d'ophtalmologie, 1872.

Galezowski. — Contribution à l'étude des tumeurs syphilitiques de l'orbite. (Recueil d'ophtal., 1879. Annales d'oculistique, 1893).

Gaucher et Lacapère. — Soc. de derm. et syph., 1901.

Goldzieher. — An orbitalis syphilis trad in samm. rivangl abhandl a d geb d augenh halle, 1902.

Haltenhoff. — Exophtalmie congénitale syphilitique.(Annales d'oculistique, t. 1896.

Hamilton.— Dublin Journal of med. science. Dublin, 1836.

Hock. — Real encyclopedie der gesamnat Heilkunde (art. orbite).

Horner. — Periostitis orbitœ und perinévritis new. opht. klinik monatsbl t. I.

Hecnicke. — A case of syphilis périostitis of the orbite. (Amer. Journal of opht., 1884).

Hecnicke. — Gummy tumor of the orbit. opht. (Review, 1887).

Hotz. — A case of syphilitic orbital périostitis and optic neuritis opht. Record 1903.

Konoto. — Syphilis de l'orbite. Nippon gangkuva. Galukwai Iasshi, Tokio, 1903.

Knies (**Max**). — Die Beziehungen de Schorgans und seiner erkrankurgen. (Wiesbaden, 1893).

Jullien. — Traité des maladies vénériennes.

Le Noir. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1858.

Mackenzie. — Traité des maladies des yeux. (Gazette des Hôpitaux, 1856).

Mauriac. — Leçons sur les maladies vénériennes. (Paris, 1883).

Mauriac. — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, 1899.

Macery. — Orbidal syphilis. (Brit. med. Journ., n° 1427, p. 971).

Mracek. — Zür syphilis der orbita. (Wiener Klinick, 1886).

Pagenstecher. — Arch. f. Augen. 1883.

Panas. — Traité des maladies des yeux, 1894.

Panas. — Leçons de cliniques ophtalmologique, 1899.

Parker.— Sect of ophtalm. College of physic. of (Philadelphie, 1906).

Pechin. — Recueil d'opht., 1906. (Société d'ophtalmologie de Paris, avril 1906).

Pons Marquez. — Pseudo-tumeur orbitaire avec exophtalmie probablement syphilitique. (Soc. oftalm. hisp.-américc. Madrid, 1907).

Reler. — Tertiary orbital périostitis. (Ann. opht., Saint-Louis, 1897).

Ricord. — Traité complet des maladies vénériennes, 1838. (Bull. gén. de thérapeutique, t. VI, p. 295).

Ripault. — Ostéopériostite hérédo-syphilitique de la paroi orbitaire interne. (France Méd., Paris, 1895).

Rollet (J).— Traité des maladies vénériennes. (Paris, 1865).

Rollet (J). — Dictionnaire de Dechambre. Art. syphilis.

Rollet. — Encyclopédie française d'opht. Art. orbite.

Scarpa. — Encyclopédie des sciences médicales de Bayle.

Scarpa. — Maladies des yeux par Scarpa, 1839. (Gazette médicale de Paris, 1835-1836).

Schmidt-Rempler. — Gomme dans la fissure orbitale supérieure. (Berl. Klin. Woch., 1890).

Schott. — Périostitis syphilitica mit gummoeser wischerung in beiden augenkohlen. (Archiv. für Augen und ohrenheilk, 1878).

Sichel.— Mémoire sur la carie de l'orbite. (Annales d'oculistique, 1870).

Spenser Watsend. — On the diagnosis of periostitis in orbita. (Prakt, London, 1872).

Spillman. - Syphilis osseuse, syphilis acquise. (Paris, 1909).

Tangemann. — Gummy tumor of the orbit. (Cincinn. Lancet clinic, 1886).

Terrier et Morax. — Revue de chirurgie, 1903.

Terson.— Traité de chirurgie de Debbet. Article Tumeur de l'orbite.

Trousseau. — Médecine moderne, 1894. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1894).

Uthoff. — Fall von syphilitischen orbitalelkrankung. (Arch. für opht., vol. XXXIII).

Verchère. — Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1895.

Walter. — Doppelsertige gumma der augenkohle. (Klin. monatsobl. für Augenheilk, 1895).

Wawkens.— Cas de carie syphilitique de l'orbite. (Medical and Physic Journal, London, 1827).

Wurdemann. — Gome syphilitica lésions of the orbit. (American Journal of oph., Saint-Louis, 1891).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

CHAPITRE I[er].

Historique 10

CHAPITRE II.

Etiologie 17

CHAPITRE III.

Anatomie pathologique et classification 20

CHAPITRE IV.

Etude clinique et Observations 24

a) Ostéopériostite apexienne 24

1) Ostéopériostite du canal optique 26
2) Ostéopériostite de la fente sphénoïdale. 26
3) Syndrome des lésions combinées du canal optique et de la fente sphénoïdale 38

b) Ostéopériostite pariétale 59

c) Ostéopériostite marginale 91

d) Ostéopériostite lacrymo-nasale 118

CHAPITRE V.

Diagnostic 131

CHAPITRE VI.

Traitement 135

Conclusions 137

Bibliographie 138

Vu :
Le Président de Thèse,
CANGE.

Vu : *Le Doyen,*
J. HÉRAIL.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 25 Juin 1923.
Pr le Le Recteur :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
M. MORAND.

IMPRIMERIE MODERNE
2, Boulevard Laferrière, 2
ALGER

Téléphone 39-34

IMPRIMERIE MODERNE
2, Boulevard Laferrière, 2
ALGER

Téléphone 39-34